FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1933 N° 47

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

André Jean HOUOT

né le 2 novembre 1908, à Héricourt (Haute-Saône)

Elève de l'Ecole du Service de santé militaire,
Interne des hopitaux,
Moniteur de chimie biologique à la Faculté de médecine.

Étude Clinique des Inondations Péritonéales dans les Grossesses extra-utérines

Président: M. REEB, Professeur.

IMPRIMERIE A. HORSINGA
Rue du Château-d'Eau
Strasbourg
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1933 N.....47

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

André Jean HOUOT

né le 2 novembre 1908, à Héricourt (Haute-Saône)

Elève de l'Ecole du Service de santé militaire,
Interne des hopitaux,
Moniteur de chimie biologique à la Faculté de médecine.

Étude Clinique des Inondations Péritonéales dans les Grossesses extra-utérines

Président: M. REEB, Professeur.

IMPRIMERIE A. HORSINGA
Rue du Château-d'Eau
Strasbourg
1933

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur		NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLES ✻ ✪I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale		SORREL ✻
Clinique chirurgicale		STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiâtrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		X.

Professeurs sans chaire

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTES ✪ A.
GERY ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ✪ A.
GELMA ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A
VAUCHER ✻ ✪ A
SIMONIN ✻ ✪ A
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire

MM. MEYER M. ✪ A., ROEDERER.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Travaux du même auteur.

(1) *Sur quelques propriétés physico-chimiques du sang des Indochinois.* (Société de biologie de Strasbourg, séance du 13 mars 1931; tome CVI, page 1066).

(2) *Variations des leucocytes dans le sang d'animaux sains au cours de l'abcès de fixation* (Société de biologie de Strasbourg, séance du 15 janvier 1932; tome VIX, page 222), en collaboration avec R. Le Guyon.

(3) *Examen de quelques caractéristiques humorales des Indochinois.* (Archives de physique biologique; tome IX, numéros 3 et 4, avril 1932).

(4) *Eruption vaccinale professionnelle des mains consécutive à une inoculation de cow-pox (tubercule vaccinal du trayeur)* (Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie n° 7, juillet 1932). En collaboration avec Monsieur le Médecin-Commandant G. Maire et le Docteur Fr. Woringer.

(5) *Importante inondation péritonéale avec lésions minimes de grossesse tubaire* (Société de gynéologie et d'obstétrique de Strasbourg, séance du 1er juillet 1933; bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique, octobre 1933).

À MON PÈRE ET À MA MÈRE,

à qui je dois tout.

Que ce modeste travail soit pour eux l'humble preuve de notre respect, de notre amour filial et de notre gratitude.

A MA FEMME,

A MES FRERES,

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES.

A MES MAITRES
de la Faculté de Médecine de Strasbourg, et plus particulièrement

---

A MESSIEURS LES PROFESSEURS NICLOUX et FONTES,
de l'Institut de Chimie biologique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE LAROUSSE,
auprès de qui nous avons trouvé une amitié solide.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VLES,
Directeur de l'Institut de Physique biologique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE KREIS,

et à

MONSIEUR LE DOCTEUR KELLER,
Chargé des cours à la Faculté de Médecine, Directeur de l'Ecole des Sages-Femmes.

A MES CHEFS DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

A MONSIEUR LE MEDECIN-CHEF
de l'Hôpital Militaire Gaujot.

A MONSIEUR LE MEDECIN COLONEL FERRON,
qui nous a enseigné notre anatomie médico-chirurgicale, nous dédions cet opuscule, faible gage de notre reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR REEB,

Directeur de la Clinique Gynécologique et d'accouchements,

Notre Maître d'Internat, qui nous a toujours témoigné le plus bienveillant intérêt, qui nous a inspiré notre sujet de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

INTRODUCTION

Dans un service gynécologique, une grossesse extra-utérine est fait courant; pour le prouver, il nous suffit de dire qu'à Strasbourg, à la Clinique Gynécologique, de 1919 à 1932, inclus, nous trouvons 319 cas. Or, tous les cas ne nous sont pas adressés, un nombre à peu près équivalent est envoyé au service gynécologique de l'Ecole des sages-femmes, et il est certain que les deux cliniques chirurgicales de la Faculté de Médecine en reçoivent aussi quelques cas. Il est fort probable qu'en ces treize années, les cliniques universitaires ont vu passer près de 800 grossesses ectopiques.

Tout porte à penser qu'au service gynécologique de l'Ecole des sages-femmes, comme aux cliniques chirurgicales, le nombre des grossesses ectopiques diagnostiquées avant toute complication, est de beaucoup inférieur à celui des grossesses extra-utérines, en voie de rupture ou rompues.

Or, cette rupture est grave par ses conséquences, surtout dans les cas où les vaisseaux sanguins rupturés s'ouvrent à plein canal dans la cavité péritonéale, et y déversent tout leur sang.

Pendant longtemps, la cause des hémorragies internes chez la femme avait passé inaperçue. On savait bien que dans la plupart des cas, on se trouvait en présence d'une femme relativement jeune, mais on indiquait à l'origine de ce drame les causes les plus diverses, les plus inattendues, par exemple le reflux du flot cataménial à travers les trompes [1], une pachypéritonite [2], la rupture des varices du plexus veineux utéro-ovarien, que signale Olivier (d'Anger) dès 1834, et dont le professeur Richet donna quelques observations. Enfin, on pensait aussi à la grossesse extra-utérine, mais on ne la croyait pas fréquente.

Toutes ces étiologies sont possibles, mais elles sont exceptionnelles; cependant c'est à elles que l'on s'adressait, pour expliquer l'origine des inondations péritonéales et des hématocèles chez la femme. On vécut sur ces idées jusqu'en 1884, année où commencent à paraître les travaux de Lawson Tait [3], qui, grâce à une observation consciencieuse unie à un grand sens critique, détruisit à peu près toutes ces étiologies rarissimes et souvent même empiriques; il montra le rôle prépondérant que joue la rupture de la trompe gravide dans la genèse

des hémorragies intra-péritonéales chez la femme. Son oeuvre, échelonnée de 1884 à 1888, aurait été incomplète s'il s'était borné à nous donner l'étiologie et la pathogénie; mais il ne s'arrêta pas en chemin: il nous donna aussi une étude clinique aussi complète que possible, et il dicta même la thérapeutique.

Son oeuvre ne resta pas en Angleterre; elle se répandit dans tout le monde chirurgical et médical.

M. Binaud[4] fut le premier en France à diffuser l'oeuvre [illegible]trale de Lawson Tait en 1894, et Cestan[5], la même année, dans une thèse remarquable, non seulement vulgarisa l'opinion de Lawson Tait, mais prouva le bien-fondé de l'intervention d'urgence vis-à-vis de l'abstention dans les cas d'hémorragies secondaires à la rupture de la trompe gravide ou à l'avortement tubaire.

Cependant l'histoire complète de la grossesse extra-utérine, ses signes cliniques, ainsi que la notion de sa très grande fréquence, n'ont été acquis que grâce aux multiples opérations de l'époque actuelle.

Et plus près de nous, nous devons citer Sproat Heaney et Mondor. Sproat Heaney[6], aux Etats-Unis, mène une campagne acharnée à propos de la grossesse extra-utérine; il s'en prend aux livres d'enseignement qu'il trouve mal faits, où l'on trouve la grossesse extra-utérine rompue ou non rompue décrite avec une symptomatologie si parfaite que jamais, en pratique, de tels cas ne se présentent, et c'est pourquoi, d'après lui, tant de grossesses extra-utérines passent inaperçues et ne se diagnostiquent qu'au moment des complications. Mondor[7] mérite aussi notre reconnaissance. Dans son livre « Diagnostics urgents » de l'abdomen, il nous donne une étude claire, nette, précise, de la grossesse extra-utérine et de ses complications; certes, il ne s'attache qu'à l'étude clinique, mais comment pourrait-on lui reprocher d'avoir délaissé l'étiologie et la pathogénie? C'est un diagnostic d'urgence qu'il nous donne, et c'est aux médecins praticiens, aux étudiants qu'il s'adresse: il attire notre attention sur la grande fréquence, sur la spontanéité des accidents, « un coup de tonnerre dans un ciel pur », sur la gravité extrême de ceux-ci, si on les méconnaît. Il se fait le porte-parole de Sproat Heaney qui, en ce qui concerne les grossesses extra-utérines, se lamente de voir qu'elles sont peu souvent diagnostiquées avant les accidents graves qui découlent de leurs complications, avortement ou rupture, et Mondor ajoute même que souvent les complications hémorragiques passent inaperçues, parce que le médecin ne songe pas à la grossesse ectopique. Je rapporte ici les propres paroles de Mondor à ce sujet:

« Je suis aussi convaincu que lui (Sproat Heaney) du grand nombre de grossesses extra-utérines ignorées avant et pendant leurs plus gros accidents; avant, parce que l'on attend à tort des signes francs de grossesse et des signes topographiques de grosseur latéro-utérine; pendant les accidents aussi, parce que l'on attend des signes cataclysmiques qui ne sont pas la règle. On veut, à la maladie dans ses débuts, une symptomatologie trop parfaite, et aux complications une gravité qui, au lieu d'être évidente, est souvent cachée. »

Dans ce travail, je me bornerai à l'étude des inondations péritonéales consécutives aux grossesses ectopiques. Je m'intéresserai surtout à leur étude clinique et aux diagnostics différentiels qu'elles posent. Je ne crois pas faire un travail inutile en m'y attachant.

En effet, Pinard a dit: « Toute grossesse extra-utérine commande l'intervention chirurgicale » ; un autre auteur a ajouté: « Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle » (Werth). Il faut donc savoir la diagnostiquer! Mais dans de très nombreux cas, les femmes porteuses de grossesse extra-utérine ne sont vues du médecin qu'au moment des complications, et si le dernier néglige l'interrogatoire, il y a de grandes chances qu'il passe à côté du diagnostic, surtout si les manifestations sont voilées. Ne pas faire le diagnostic en pareil cas, c'est mettre la malade en de moins bonnes conditions, car du diagnostic découle l'intervention immédiate, dont la nécessité est une chose connue maintenant.

Le diagnostic de l'inondation du péritoine n'est pas toujours aussi simple qu'on le pense, car tous les cas ne prennent pas cette allure cataclysmique qui d'emblée marque l'empreinte de la mort sur le visage de la malade; ceux-ci ne sont pas méconnus, et souvent donnent d'excellents résultats, car ils entraînent l'intervention d'urgence; mais il en est d'autres, insidieux, à symptomatologie borgne; ceux-là, il ne faut pas les ignorer; les laisser passer, entraine bien souvent la condamnation de la malade; d'ailleurs, il faut le reconnaître, heureusement ils sont plus rares. Au courant de mon travail, je m'attacherai particulièrement à ces derniers, qui peuvent tuer la malade dans un bref délai.

Je tiens à remercier particulièrement le Professeur Reeb, notre Maître, qui a mis à notre disposition les archives de la Clinique d'Accouchement. De 1919 à 1932 inclus, nous relevons 319 observations de grossesses extra-utérines, de siège anatomique variable.

Définir la grossesse extra-utérine n'est pas de notre res-

sort; étudier à fond son anatomie pathologique, est hors du but que nous nous proposons; cependant, à titre de généralités, nous citerons les sièges les plus fréquents, et la fréquence, d'ailleurs toute relative, d'inondations péritonéales qu'ils entraînent. La pathogénie de l'inondation péritonéale sera de même à peine ébauchée. Nous ferons cependant une place à part aux multiples faits journaliers qui peuvent amener la rupture brutale. Toutes ces diverses notions précédemment citées, constituent la première partie de notre thèse.

La seconde partie se composera de l'étude et de la critique des divers faits cliniques qui amènent le médecin à poser le diagnostic d'inondation péritonéale; nous ferons ici une place spéciale à l'interrogatoire qui joue un rôle primordial dans le diagnostic: les quelques minutes ne sont pas du temps perdu; elles sont précieuses et il ne faut pas les supprimer.

Si nous nous bornons, au cours de cette étude clinique, à énumérer les symptômes d'inondation et à les faire suivre des observations qui doivent les illustrer, la lecture deviendrait fastidieuse; c'est pourquoi nous essayerons de mêler intimement chaque symptôme à l'observation clinique, de manière à mieux faire partager au lecteur l'état d'esprit, dans lequel le clinicien se trouve en présence d'une hémorragie interne possible.

Enfin dans une dernière partie, nous ferons notre possible pour classer les divers cas en quelques formes cliniques, et, dans ce cas encore, je me tiendrai à la classification donnée par Mondor.

Dans cette même partie, nous nous attacherons au diagnostic différentiel, que la grossesse extra-utérine compliquée d'inondation péritonéale pose. En pratique, ce diagnostic revient à reconnaître si l'on a affaire à un ventre chirurgical d'ordre gynécologique .

PREMIERE PARTIE

Généralités sur la Grossesses Extra-Uterine

QUELQUES NOTIONS ANATOMIQUES SUR LA TROMPE UTERINE

En pratique, on peut dire que la grossesse extra-utérine se ramène aux diverses variétés de grossesses tubaires, c'est pourquoi une étude succincte de la trompe utérine est nécessaire; elle permettra d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, d'expliquer pourquoi certaines variétés de grossesses tubaires donnent plutôt une rupture avec inondation péritonéale, qu'un avortement tubaire avec hématosalpinx ou hématocèle.

Les trompes s'étendent de l'angle supéro-externe de la cavité utérine vers la paroi pelvienne latérale, en avant et au-dessus de l'ovaire.

Elles traversent d'abord la paroi utérine, c'est la portion intra-murale ou interstitielle. Dès leur sortie du muscle utérin, elles pénètrent dans l'aileron moyen du ligament large qui les entoure jusqu'à leur terminaison, et forme le mésosalpinx. Cette portion extra-utérine débute par l'isthme de Barkow, petit canal étroit faisant suite à la portion intra-murale; ce petit canal devient bientôt plus large et se contourne, c'est l'ampoule de Henlé, qui se finit par une extrémité évasée, découpée en franges irrégulières, formant le pavillon tubaire.

Chez une femme adulte, d'après Poirier [8], la longueur totale de la trompe varie de 6 à 20 centimètres, avec une moyenne de 14 centimètres, dont 1 centimètre pour la région interstitielle, 3 centimètres pour la région isthmique, 8 centimètres pour l'ampoule de Henlé, et 2 centimètres pour le pavillon.

La portion interstitielle ou intra-murale est très resserrée; le diamètre tubaire n'atteint pas 1 millimètre. La trompe est dirigée en haut et en dehors. Certains auteurs admettent que la paroi tubaire est séparée de la paroi utérine par une mince couche de tissu conjonctif, d'autres au contraire (Bayer [9], Kreis [10]) admettent — et cela semble plus probable — que la musculature de la trompe se continue directement avec la musculature utérine.

La portion isthmique se présente sous forme d'un cordon dur, inextensible, donnant au doigt qui palpe une sensation analogue à celle que donne le canal déférent. Le diamètre est de 3 à 4 millimètres. Elle se détache de l'utérus en arrière et au-dessus du ligament rond; elle est en avant du ligament ovarien, dont elle est séparée par la gaîne des vaisseaux tubo-ovariens; ces rapports sont d'ailleurs tout à fait variables, suivant que

l'on a affaire à une nullipare ou à une multipare, dont le fond plus développé modifie légèrement les positions réciproques de la trompe, du ligament rond et du ligament ovarien.

Quant à l'*ampoule*, d'un diamètre plus notable, 6 à 8 millimètres en moyenne, elle est d'une consistance moins ferme, et présente une assez grande extensibilité. Située dans la fossette obturatrice de Waldeyer, elle passe en avant du hile de l'ovaire et s'élève jusqu'à son pôle supérieur, puis elle s'infléchit et descend appliquée contre la veine iliaque externe, les vaisseaux spermatiques et le bord libre de l'ovaire.

La trompe se termine alors par le *pavillon* en forme de cône, et découpé en languettes; celles-ci, de nombre variable (de 8 à 24), sont en moyenne de 12 à 15. Les franges sont inégales en longueur, l'une, constante, plus longue que les autres, est la frange tubo-ovarienne qui s'applique à la face interne de l'ovaire; elle a une importance spéciale, la nidation de l'oeuf pouvant se faire sur elle.

Aux deux extrémités, la trompe présente un orifice :

1) L'orifice abdominal, au niveau du pavillon, très extensible; diamètre moyen: 3 millimètres; il fait communiquer l'ampoule de Henlé avec la cavité péritonéale.

2) L'orifice utérin, inextensible; c'est l'ouverture utérine de la trompe; sa lumière a un diamètre de un millimètre environ.

Quand on ouvre une trompe, on ne trouve pas de cavité, car les parois sont accolées l'une à l'autre comme les parois vaginales et utérines. En étalant la trompe, on remarque que deux à trois crêtes naissent dans la région intra-murale, se continuent dans l'isthme de Barkow, sous forme de plis principaux; à partir de l'ampoule, ils se subdivisent en plis d'autant plus nombreux et d'autant plus saillants, que l'on s'approche plus de l'orifice abdominal.

Structure.

L'oviducte présente quatre tuniques, et nous trouvons de dedans en dehors:

1) une muqueuse dont la hauteur est de beaucoup inférieure à celle de la muqueuse utérine, et comprenant un épithélium à cils vibratils et à cellules muqueuses sans glande, et se modifiant suivant le cycle cataménial, et un chorion formé par un tissu conjonctif serré et inextensible au niveau de la région isthmique, lâche au niveau de l'ampoule et du pavillon. Elle ne forme pas de caduque *continue* dans le cas de grossesse.

2) une tunique musculaire, constituée de deux couches: une musculeuse circulaire interne et une musculeuse longitudinale externe. Ces musculeuses sont d'autant plus épaisses qu'on est plus près de l'utérus.

3) une tunique sous-séreuse, formée de tissu conjonctif lâche et lymphatique. Elle permet ainsi à la tompe d'avoir ses mouvements propres, sans que ceux-ci se transmettent au péritoine du ligament large.

4) le péritoine qui forme la séreuse; celle-ci entoure entièrement la trompe, à l'exception du bord où s'implante le mésosalpinx.

Vascularisation-Innervation.

Le sang est amené à l'oviducte par une arcade artérielle utéro-ovarienne, née de l'anastomose de l'artère ovarienne et de la branche externe de bifurcation de l'utérine. Cette arcade chemine au bord adhérent de la tompe, et donne de nombreux rameaux qui gagnent la trompe.

Le sang veineux est drainé par une arcade veineuse homologue. Quant aux nerfs, ils viennent du plexus ovarien, pour le pavillon et la région ampoulaire, et du plexus utérin pour les régions interstitielle et isthmique; les nerfs forment un plexus sous-séreux, entourant la trompe, et de ce plexus partent de nombreux filets perforants, venant s'épuiser dans les musculeuses et dans le chorion.

De ces éléments anatomiques, il nous faut retenir surtout la présence dans la trompe, de la portion isthmique rigide, et de la portion intra-murale, qui sont inextensibles; en ces points, s'il y a nidation, il est logique de penser qu'au cours du développement de l'oeuf, celui-ci, en se développant, amènera une rupture brutale et précoce de la trompe, alors que, au contraire, dans la région ampullaire, les tissus se distendront et permettront à l'oeuf de se développer; ici aussi, il y aura gêne à ce développement, mais la rupture ne se produira que très rarement; les tissus résistant, il y aura donc, par suite de cette gêne, défaut de nutrition, et la grossesse évoluera, en général, vers l'avortement tubaire. La clinique vient d'ailleurs confirmer ce que la logique avait permis de déduire.

GROSSESSES TUBAIRES EN GENERAL

On sait que, normalement, l'ovule expulsé du follicule de Graf est pris par les franges tubaires, et de là, chemine dans la trompe, après y avoir pénétré par l'ostium abdominal. C'est au cours de cette migration qu'il est fécondé par le spermatozoïde et donne l'oeuf.

D'après certains auteurs, sous l'influence des contractions péristaltiques de la trompe, l'oeuf progresse jusque dans la cavité utérine où normalement il vient faire sa nidation; d'autres auteurs admettaient que la progression de l'oeuf est due aux mouvements des cils vibratils des cellules de l'épithélium tubaire. Cette explication d'ailleurs est fortement mise en brêche actuellement, comme nous le verrons plus loin. Mais il arrive que pour des causes inconnues, cette migration ne se fait qu'incomplètement; l'oeuf s'arrête au cours de sa progression tubaire, et se greffe en un point quelconque de la trompe. Il arrive même que l'oeuf se fixe sur l'ovaire et donne une grossesse ovarienne, d'ailleurs fort rare; celle-ci reste ovarienne ou donne lieu à une grossesse abdominale secondaire. En 1909, Norris [11] réunissait 40 cas, dont 21 étaient indiscutables, et dans d'autres cas enfin, l'oeuf vient se greffer d'emblée dans le péritoine pelvien; ces cas sont exceptionnels, comme le montrent les statistiques de Ritcher [12] qui, en 1912, sur 15 grossesses dites abdominales, n'en trouve que quatre à l'abri de toute critique. Par contre, les grossesses abdominales secondaires à une nidation ovarienne ou infundibulaire sont plus fréquentes. Ces cas sont l'exception; ainsi, sur 319 grossesses extra-utérines, nous relevons seulement une grossesse ovarienne, une grossesse infundibulaire et deux grossesses adbominales.

La nidation tubaire représente donc à elle seule à peu près la totalité des grossesses extra-utérines. Mais une grossesse tubaire n'est pas une entité; ce qui compte avant tout, c'est le siège, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique, qu'au point de vue clinique.

CAS EXCEPTIONNELS.

La grossesse tubaire, en général, est unilatérale; il existe cependant, dans la littérature, *des grossesses tubaires bilatérales.*

Les grossesses tubaires bilatérales, tout en étant rares, ne sont pas exceptionnelles. En 1904 Jayle et Naudrot [13], en réunissaient 29 observations. Dans leurs thèses, Sauvé [14], Filhoulaud [15], en publiaient de nouveaux cas. De même, Mac Galla [16],

Launay et Péquignot [17], dans des mémoires, sont venus en ajouter de nombreux cas, et depuis, la littérature n'a fait que s'enrichir de tels cas.

Mais dans tous ces cas, à quelques exceptions près, il y a bilatéralité et non simultanéité; les grossesses se sont succédées, la deuxième a commencé après la mort de la première, et cette dernière serait passée inaperçue, si la seconde n'avait pas motivé une laparatomie et de là, la découverte fortuite de la première. C'est ainsi que sur les 319 grossesses extra-utérines opérées, nous relevons quatre cas d'hématosalpinx retirés sur la trompe non gravide au moment de l'opération; ces hématosalpinx peuvent être la suite d'une grossesse ectopique ancienne, comme ils peuvent être aussi consécutifs à des lésions inflammatoires.

Chez ces femmes, on ne trouvait aucun signe d'annexite, mais l'examen microscopique de ces hématosalpinx n'ayant pas été pratiqué, il persiste donc malgré tout un doute. Il n'en est pas de même pour ce cas que nous reproduisons ci-dessous, où l'histologie de l'hématosalpinx vint certifier son origine gravidique Cette femme avait été opérée pour une grossesse tubaire rompue, compliquée d'inondatino péritonéale.

Obs. n° 318, 1930. Gyn. (Ce cas a été publié par le Dr Kreis [18].

Mme K..., 36 ans, toujours bien réglée, a eu trois grossesses et une fausse-couche; elle nous est envoyée d'urgence de la campagne pour rupture tubaire; le 10 juillet 1930, à trois heures du matin.

La malade n'a pas revu ses règles depuis le 13 mai. Son état de santé était excellent jusqu'à hier au soir, à six heures, où subitement elle fut prise de douleurs vives dans tout le bas-ventre. Elle se couche et fait appeler son médecin vers minuit; celui-ci, vu les signes d'hémorragie interne et d'aménorrhée, diagnostique une grossesse tubaire rompue et nous l'adresse.

A l'admission: Signes très marqués d'hémorragie interne, décoloration, pâleur, algidité, légère agitation. Le ventre, très ballonné, est tendu et très sensible, surtout à gauche. Matité très marquée, malgré un fort embonpoint.

Le pouls, petit, dépasse 120 pulsations.

Le toucher est très douloureux, en particulier le Douglas.

Sous anesthésie à l'éther, on intervient, après avoir réchauffé la malade et administré des tonicardiaques. On trouve plus d'un litre de sang dans le péritoine, sang frais et caillots. La trompe gauche présente une rupture typique au niveau de l'isthme. L'ovaire gauche est un peu kystique. Annexectomie gauche. A droite, on trouve un gros noyau dur sur la partie médiane. Salpingectomie. Toilette de la cavité abdominale, et fermeture de la paroi.

La femme fit le jour même un léger épisode fébrile, et quinze jours après, elle quittait le Service.

L'examen ultérieur, aussi bien macroscopique que microsco-

pique, des pièces, montra une gravidité fraîche à gauche, gravidité de deux à trois mois rompue, et à droite une grossesse tubaire ancienne, avec une membrane choriale conservée et nettement reconnaissable, séparée de la paroi tubaire par du sang ancien, organisé, et par de vieilles villosités, hyalines, certaines même entourées d'un tissu d'infiltration. Donc, grossesse tubaire bilatérale.

Cependant, *les grossesses tubaires bilatérales simultanées existent.* Launay et Péquignot [17], en 1911, en ont réuni 15 cas, et parmi ces derniers, dans cniq cas seulement, la conception s'était faite simultanément dans les deux trompes. Davidsohn [19] présente aussi des observations analogues.

Dans ces dernières années, Schwarzwaller [20] présente un nouveau cas de grossesse ectopique simultanée bilatérale. D'après lui, en 1927, son cas était à sa connaissance le trentième. Plus intéressante et unique, pourrait-on dire, est l'observation rapportée par Johnson et Diaro [21], en 1929, où, dans une grossesse tubaire bilatérale et simultanée, les trompes gravides se sont rompues en même temps et ont entraîné une inondation péritonéale abondante. L'histologie montra la présence de villosités choriales dans les deux trompes gravides.

Enfin, pour terminer l'énumération de ces cas rarissimes, nous mentionnerons la grossesse ectopique gémellaire. En 1910, deux auteurs anglais, E.-H. Pool et T. Robbins [22] ont réuni 26 cas indiscutables.

On peut observer *la coexistence d'une grossesse normale dans l'utérus et d'une grossesse extra-utérine;* le fait se rencontre parfois. Il s'est même présenté à la Clinique deux fois, de 1919 à 1932 inclus; une première fois en 1928 (obs. n° 157, 1928, Gyn.), la femme fut opérée d'urgence pour hémorragie interne; on pratiqua une annexectomie, et onze jours plus tard, la grossesse intra-utérine se terminait par un avortement. La possibilité de la coexistence des deux grossesses avait été envisagée, car on avait alors été frappé par le gros volume de l'utérus.

En 1931, un cas analogue s'est produit. On opéra avant toute complication, une femme, pour grossesse extra-utérine. On trouva une grossesse ampullaire droite, avec péri-oophorite à droite, et à gauche un hydrosalpinx; on fit une ablation des annexes droites, et une salpingectomie gauche. L'ovaire droit portait deux corps jaunes. Il y avait en outre une grossesse intra-utérine de plus de trois mois. La malade n'avorta pas dans les quinze jours qui suivirent l'intervention. A ce moment, elle quitta la clinique et fut perdue de vue; il paraît probable que la grossesse intra-utérine continua son cours, malgré l'ovariectomie droite.

Nous-même, cette année (obs. n° 773, 1933, Obstétrique), nous avons accouché une jeune femme secondipare. Sept mois auparavant, elle avait été opérée au Service Gynécologique de l'Ecole des Sages-Femmes, pour une rupture de grossesse extra-utérine; là aussi, lors de la laparotomie, on avait été frappé par la taille anormale de la matrice; on avait revu la malade, et l'on avait constaté une grossesse normale en évolution; ce cas d'ailleurs fut publié par Fournier [29]. Quand il y a coexistence d'une grossesse ectopique et d'une gravidité intra-utérine, à la suite de l'intervention, il peut se produire un avortement. Cet avortement est presque certain, quand la grossesse normale est âgée de moins de dix semaines, et que l'on est obligé de pratiquer l'ablation de l'ovaire portant le corps jaune; par contre, si l'on peut conserver l'ovaire, fréquemment la grossesse intra-utérine continue. Nous reviendrons sur ce sujet dans la troisième partie de notre travail.

CAS HABITUELS. LEUR TOPOGRAPHIE, LEUR FROQUENCE.

Toutes ces diverses variétés de grossesses ectopiques, même réunies, ne forment qu'une minorité par rapport au nombre considérable de grossesses ectopiques tubaires, que l'on pourrait appeler « simples ».

Celles-ci se classent en grossesses: interstitielles, isthmiques, ampullaires et infundibulaires.

La nidation interstitielle [24] est un fait assez rare. Rosenthal [25], sur 1314 observations, la trouve dans la proportion de 1 sur 30. Elle se caractérise, comme nous l'avons déjà dit, par sa grande tendance à se rupturer précocement. Rarement, en effet, une grossesse interstitielle dépasse le second mois, et elle donne une inondation péritonéale.

La localisation isthmique est beaucoup plus fréquente; c'est à elle que l'on doit la majeure partie des hémorragies intra-péritonéales; elle se rupture dans le courant des trois premiers mois de la gestation ectopique. Pour Couvélaire [26], on la rencontre une fois sur cinq cas; elle vient au second plan comme nombre dans les statistiques; elle n'est dépassée que par la localisation ampullaire.

La grossesse ampullaire est donc la règle, pourrait-on dire. Couvelaire la note 28 fois sur 36 observations; elle évolue plus longtemps, dépasse très souvent le second mois. Il est rare qu'elle se termine par une rupture; en général, elle donne un avortement tubaire.

Enfin, nous trouvons *la variété infundibulaire.* C'est une rareté qui donne soit un avortement, soit une grossesse abdominale secondaire.

Quelquefois, on ne peut pas déterminer exactement le siège de la nidation, même avec le secours de l'histologie, l'oeuf s'étant implanté à l'union de deux parties de la trompe, à l'union de l'isthme et de la partie interstitielle, par exemple, et dans de tels cas, suivant les auteurs, on aura affaire soit à une grossesse interstitielle, soit à une grossesse isthmique.

RECIDIVE.

Il y a encore une notion qui, chaque jour devient plus familière au gynécologiste ou au chirurgien, c'est la notion de « récidive », et elle doit aussi devenir familière au médecin. Il faut savoir que toute femme qui a fait une grossesse extra-utérine, est exposée à en refaire une nouvelle, la femme y étant prédisposée. R. Smith [27] indique dans une statistique 182 récidives sur 2998 grossesses ectopiques, et onze fois la nouvelle grossesse s'était greffée sur le moignon tubaire laissé, trop exubérant et mal péritonisé.

Nous avons relevé 15 cas de récidives; une seule fois, la grossesse ectopique nouvelle siégeait sur le moignon d'amputation. Cette observation et la discussion de ce cas se trouvent tout au long dans un mémoire de Keller [28]).

Nous nous bornons dans la généralité à signaler cette tendance à la « récidive », et nous développerons ce sujet ultérieurement au chapitre des « formes cliniques », grossesses extra-utérines récidivantes ».

Donc, en résumé, sur 100 grossesses ectopiques, on trouve:

3 % de grosses interstitielles (Rosenthal),
20 % de grossesses isthmiques (Couvelaire),
76 % de grosseses ampullaires (Couvelaire).

Enfin, on peut rencontrer, par hasard, une quelconque des variétés rares que nous avons citées.

ETIOLOGIE.

Comment expliquer cette gestation ectopique? Les théories sont nombreuses, et leur nombre est la preuve qu'aucune théorie à elle seule, ne saurait expliquer leur genèse.

D'après Folke Moller [29], et d'après les constatations de nombreux auteurs, ainsi que d'après les nôtres, l'âge élection est entre 30 et 35 ans; on les voit surtout au moment de la seconde gestation.

ROLE DES DIVERTICULES CONGENITAUX.

On a d'abord incriminé la persistance, ou la réunion anormale des canaux de Wolf et de Gärtner, en particulier dans les cas, il n'y avait aucun doute, la présence de villosités au fond Bréchet et Héming [30], qui d'ailleurs s'appuient sur le cas bien connu de Baudelocque qui, en examinant l'utérus d'une vieille femme, trouva un canal divergeant, né près de l'isthme et venant se terminer dans la paroi utérine.

Plus près de nous, Helley [31], fait jouer un rôle prédominant aux diverticules congénitaux, dans la genèse des grossesses tubaires. Il appuie sa théorie sur l'examen de douze trompes, sièges de grossesses extra-utérines, et dix fois l'auteur a pu mettre en évidence la présence de diverticules, et dans deux cas de grossesse interstitielle. Cette opinion est soutenue par du cul-de-sac diverticulaire prouvait que le diverticule fut la cause de l'arrêt de la migration ovulaire. A deux reprises, il ne trouva aucun diverticule. Il y a donc huit observations où, sans avoir la preuve du rôle joué par les diverticules, on trouve la coexistence d'une extra-utérine et de diverticules.

Il nous paraît donc que le rôle des diverticules congénitaux est intéressant à signaler, et qu'il expliquerait ces cas bizarres de grossesses ectopiques, où aucune inflammation ne peut être incriminée. D'ailleurs, d'après Wilté, Schienhols aurait fait, en 1927, des constatations analogues.

Enfin, pour être complet, nous devons citer le rôle des orifices accessoires.

LA THEORIE INFLAMMATOIRE.

Elle a pour elle le plus grand nombre de partisans, car souvent, en effet, on trouve la grossesse extra-utérine chez des femmes entachées d'un passé génital, annexite le plus souvent.

et lors de l'intervention, il est fréquent de noter la présence d'une salpingite ancienne, plus rarement d'une salpingite récente La salpingite ancienne amènerait des rétrécissements, des strictures permettant le passage des spermatozoïdes, mais empêchant la migration de l'oeuf, la lumière étant trop étroite pour ce dernier. Opitz, Micholitz [32], Sauger partagent cette opinion, et croient que ce processus est surtout net pour les grossesses isthmiques et interstitielles. Pour d'autres auteurs, en particulier Hecker [33], Rockitansky, Virchow, Adam, etc., la périsalpingite jouerait un rôle primordial par les coudures quelle occasionne, l'oeuf trouvant alors un chemin trop long à parcourir, est arrêté, car en cours de route, il grandit; d'autre part, toutes ces coudures créent ainsi des diverticules où l'oeuf peut se trouver bloqué. Villette [34], en 1919, sur 17 cas de grossesses extra-utérines, trouve dans sept cas une salpingite et une périsalpingite adhésive *). Taylor [35] incrimine la tuberculose annexielle. Lawson Tait [3], Noble, ont admis qu'à la suite d'une affection annexielle, l'épithélium desquame et perd ses cellules ciliées. Or, celles-ci serviraient au transport de l'oeuf; de plus, la desquamation de l'épithélium permettrait la nidation. Cette manière de voir est actuellement battue en brèche. Ancel et Bouin, ainsi que leur élève Moreau, ont montré qu'à la suite de la ponte ovulaire, la trompe perd son épithélium cilié et prend des caractères glandulaires. Elle sécrète alors du mucus, ce dernier entoure l'oeuf, le protège, le nourrit, et facilite sa propulsion. Si cette transformation ne se fait pas pour une raison quelconque *), l'oeuf peut s'arrêter dans sa migration. D'autre part, l'hypothèse de la desquamation épithéliale comme facteur de nidation, a été niée dès 1901 par Couvelaire [26]. D'après cet auteur, « la salpingite desquamative » n'est pas le stigmate d'un état pathologique antérieur, mais plutôt la manifestation des réactions physiologiques provoquées par le développement intratubaire de l'oeuf ».

Nous pouvons dire, à propos de cette théorie inflammatoire, que souvent on constate la présence d'une annexite chez les femmes porteuses d'extra-utérines. D'après Oettingen [36], sur cent grossesses ectopiques, il y a au moins 22 femmes atteintes d'annexites, en particulier d'origine gonococcique.

---

*) Ces coudures anormales peuvent être le fait d'une fixation de l'utérus, un Doléris par exemple.

*) Il faut citer ici le rôle que peut jouer l'injection de teinture d'iode dans la cavité utérine à titre prophylactique de la grossesse, et qui parfois pénètre dans les trompes.

LA THEORIE DE LA TRANSMIGRATION EXTERNE.

Cette théorie permet d'expliquer bon nombre de grossesses ectopiques, il est assez fréquent, en effet, de noter la présence du corps jaune dans l'ovaire hétéronyme de la trompe gravide. Bosse [37]), Spiegelberg et Essmann ont été les promoteurs de cette manière de voir. Un ovule est fécondé au niveau de l'ovaire, au moment de sa mise en liberté; pour une raison inconnue, cet oeuf fécondé ne gagne pas la trompe homonyme, mais l'autre trompe. Or, au cours de sa promenade péritonéale, il s'accroît de volume à tel point, qu'il est arrêté au cours de sa migration tubaire. Nous avons, en effet, remarqué dans d'assez nombreuses observations, la présence du corps jaune sur l'ovaire de nom contraire à celui de la trompe. Siameni [38], sous le nom de « migration indirecte », fait remarquer que dans 23,6 % des cas, l'ovule provient de l'ovaire opposé à la trompe gravide; ce mécanisme serait donc fréquent.

THEORIE DU PERISTALTISME.

On a admis aussi un trouble dans le péristaltisme; comme on ne pouvait plus incriminer le manque de ciliation, on s'est attaqué à la musculeuse; il y aurait arrêt du péristaltisme, à la suite de lésions aiguës ou chroniques de la trompe. Ce fait semble peu probable, car Hirschberg [39] a vu des contractions péristaltiques circulaires débuter au pavillon d'une trompe, qu'il venait d'enlever pour avortement tubaire, puis se généraliser et expulser un caillot sanguin au point de section.

Schill [40] a soutenu que le péristaltisme était sous l'action du corps jaune ou, plus simplement, de l'ovaire. Il y aurait donc des grossesses tubaires dues à un trouble hormonal de la sécrétion de l'ovaire.

Enfin, on trouve de nombreuses autres causes, telles que l'hypoplasie et l'infantilisme (W. A. Freund) des trompes, la présence d'une salpingite nodulaire, une simple obturation mécanique par la muqueuse desquamée, etc... Reeb [41] publia un cas de grossesse tubaire provoquée par une solution de continuité complète de l'isthme.

Quelles que soient les théories, nous ne savons pas exactement quelle est la cause ou quelles sont les causes des nidations ectopiques; il est probable que chacune des théories précitées s'applique à certains cas; il se peut même que plusieurs facteurs se trouvent à la base d'une même gestation extra-utérine, et aujourd'hui, à propos des grossesses extra-utérines, nous ne dirons plus comme Velpeau disait déjà en 1881, à propos de

la grossesse interstitielle: « Il est plus sage d'avouer que le mécanisme de la grossesse ectopique « est encore totalement inconnu » mais nous dirons qu'actuellement on connaît divers agents étiologiques.

ETUDE ANATOMIQUE ET PATHOGENIQUE DES GROSSESSES TUBAIRES.

La clinique montre qu'une trompe gravide mène exceptionnellement sa gestation à terme. De 1919 à 1932 inclus, nous ne relevons qu'un seul cas. Donc, on peut dire qu'une grossesse tubaire s'interrompt toujours, et l'interruption, d'après Taylor [42], est d'autant plus précoce, que la nidation est plus près de l'utérus. En pratique, une grossesse extra-utérine, quel que soit son siège, dépasse rarement le troisième mois. Cependant, certaines grossesses tubaires évoluent plus longtemps; elles ne s'interrompent qu'au quatrième mois, voire même au cinquième mois. Schickelé [43] s'est intéressé à ces grossesses tubaires, évoluant trois ou quatre mois, car lors de leur interruption, elles présentent une symptomatologie un peu particulière. Nous avons même trouvé dans les archives, un cas de grossesse ampullaire rompue au début du cinquième mois (Obs. n° 530, 1927, Gyn.).

Forgue et Massubuau [44] ont classé les grossesses ectopiques en grossesses de moins de cinq mois, qui se terminent soit par un hématosalpinx, soit par un avortement tubaire, soit enfin par la rupture, et en grossesse de cinq mois et plus, qui sont des exceptions, et qui, le plus souvent, arrivent à terme, ou cessent d'évoluer par mort du foetus.

Depuis l'étude approfondie de Couvelaire en 1901, on comprend très bien cette évolution des grossesses extra-utérines et les différentes manifestations anatomo-cliniques qui vont en résulter. Il faut d'abord faire une place à part à la grossesse interstitielle qui siège dans le muscle utérin; l'exiguité de la cavité tubaire, la rigidité de la paroi, font que cette grossesse évolue peu de temps; il y a effraction de la paroi et rupture, et comme elle se trouve en rapport avec le bouquet terminal de l'artère utérine, il s'ensuit une hémorragie brutale. Nous n'en parlerons pas, il suffit de consulter la thèse de Cornu [24].

Il n'en est pas de même pour les gestations situées sur la partie libre de la trompe. Nous allons trouver alors, soit l'hématosalpinx, soit l'avortement, soit la rupture. Les complications d'ailleurs ne se répartissent pas d'une manière homogène; les ruptures seront surtout l'apanage de la grosesse isthmique, alors que l'avortement tubaire et l'hématosalpinx seront plus particulièrement le fait d'une grossesse ampullaire.

A. — GROSSESSE ISTHMIQUE.

On la trouve dans 20 % des cas, d'après Couvelaire; par

contre Martin [45] ne la trouve que dans une proportion de 10 %. Elle se caractérise par sa grande tendance à la rupture, et par la précocité de celle-ci, presque toujours avant la huitième semaine.

En se développant, l'oeuf amène une effraction de la paroi tubaire. Cette effraction est précoce, en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouve la portion juxta-utérine de se distendre. La rupture est facilitée par la non-formation d'une caduque, l'oviducte est érodé, perforé par les villosités qui gagnent de l'intérieur vers l'extérieur, en dissociant chorion et musculeuses. Quand celles-ci sont dissociées, il ne reste plus qu'une mince membrane séparant les villosités ovulaires de la cavité péritonéale. Finalement elles font effraction à travers le péritoine qui est fortement vascularisé du fait de la grossesse, les vaisseaux sanguins sont ouverts et l'on aura l'hemorragie intra péritonéale. Actuellement, ce processus n'est plus mis en doute.

Il se fait donc une rupture au niveau de l'insertion de l'oeuf; celle-ci est soit punctiforme, soit très apparente, quelquefois, on trouve un véritable éclatement. Des vaisseaux importants sont rompus, et il se produit une inondation en masse de la cavité péritonéale. Sur 80 grossesses isthmiques que comporte notre statistique, 74 se sont rompues et ont donné 57 inondations péritonéales et 17 hématocèles. Dans un cas, il y avait coexistence de rupture et d'avortement, et enfin 5 cas ont été opérés avant toute complication.

Il faut faire une place à part aux grossesses évoluant près de la portion interstitielle, et aux grossesses isthmiques situées près de l'ampoule. Les premières, qu'on a étiquetées sous le nom de « grossesses tubo-interstitielles », donnent une « expansion intra-murale » et se comportent le plus souvent comme des grossesses interstitielles, alors que les secondes, qui se rapprochent par leur siège du milieu de la trompe, tendent à prendre les caractères des grossesses ampullaires.

Les diverses constatations ont, depuis Couvelaire, été confirmées par maints auteurs, et pour tous, la grossesse isthmique se caractérise par sa rupture précoce. Pinard, à ce sujet, a dit: « L'oeuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt, qu'il est greffé plus près de l'utérus, et cela en déterminant des hémorragies considérables.

B. — GROSSESSE AMPULLAIRE.

C'est « la variété la plus commune » de toutes les grossesses tubaires; il suffit de comparer les diverses monographies et les livres classiques; tous en font foi, Martin 57 fois sur 77

observations, Couvelaire 28 sur 35, nous 201 sur 317.

Elles évoluent suivant deux types:

1) L'apoplexie ovulaire est précoce; en pareil cas si l'hémorragie qui l'accompagne est peu abondante, le tissu de l'ampoule, plus élastique, se laisse distendre; il se forme un hématosalpinx, qui peut rester purement intra-tubaire; celui-ci bien souvent n'est pas diagnostiqué, la femme n'ayant pas eu de symptômes assez alarmants pour venir consulter. D'autre fois, l'apoplexie ovulaire s'accompagne d'irruption de sang dans le péritoine pelpelvien, l'ostium abdominal jouant le rôle de soupape en pareil cas; l'hématosalpinx se complique d'hématocèle rétro-utérine. Secondairement, le sac peut se rompre, mais il est très rare que cette rupture entraîne une inondation péritonéale.

Couvelaire a traduit ces faits par la formule suivante : « Lorsque l'apoplexie ovulaire se produit dans le sac foetal ampullaire, elle détermine, non pas la rupture primaire, du sac, mais simplement la formation d'un hématosalpinx avec ou sans hématocèle »; ce qui lui fait dire aussi: « L'éventualité d'une apoplexie ovulaire précoce n'est pas fatale dans la grossesse ampullaire ».

2) Si l'apoplexie ovulaire ne se produit pas dans le courant des deux premiers mois de la gestation, le développement de l'oeuf se poursuit jusqu'au jour, en général avant le cinquième mois, où il se produira une rupture de l'ampoule gravide. « La rupture primaire, quand elle se produit, est donc, d'après nos observations personnelles (Couvelaire), plus tardive dans la grossesse ampullaire que dans l'isthmique. »

La rupture d'une grossesse ampullaire est relativement rare; mais quand elle a lieu, elle donne à peu près avec la même fréquence que la grossesse isthmique, des inondations péritonéales.

3) Dans notre statistique, les apoplexies ovulaires avec invasions pelviennes ont été classées sous la rubrique d'hématocèle par avortement tubaire; nous ne nous sommes pas préoccupés si le foetus ou l'oeuf entier était intra-tubaire ou expulsé dans la cavité pelvienne. De même, quand nous parlons d'inondation péritonéale par avortement tubaire, on doit entendre d'après la dénomination de Couvelaire, aussi bien l'apoplexie ovulaire ampullaire avec hémorragie diffuse de toute la cavité péritonéale, l'oeuf restant intra-tubaire, que l'apoplexie ampullaire avec élimination du foetus ou de l'oeuf entier hors de la trompe.

Quand il y a avortement tubaire, on trouve un ostium abdominal dilaté, il y a suintement sanguin et oedème des franges; cet oedème n'est pas la conséquence de l'avortement, il précède l'hémorragie Dès 1891, Bland Sutton[46] l'avait remarqué. Si

l'hémorragie est tarie au moment où l'on intervient, un caillot obstrue le plus souvent l'orifice abdominal de la trompe.

Il arrive que sans rupture, une grossesse ampullaire entraîne une hémorragie importante, il y a d'abord apoplexie ovulaire, puis avortement tubaire; le placenta se décolle incomplètement, et l'hémorragie continue. Il se passe un phénomène analogue à celui que l'on trouve dans les avortements utérins incomplets; du moins c'est l'opinion de Vautrin [47], opinion partagée par Reymond [48]) et nous-même.

L'interruption d'une grossesse ectopique va donner, soit un hématosalpinx, soit une hématocèle, soit enfin une inondation péritonéale.

L'hématosalpinx n'est autre chose qu'un « sac ampullaire fermé »; la paroi est oedématiée, succulente, et si l'on fait une coupe, on trouvera des débris d'oeuf plus ou moins noyés dans un caillot simple ou dans un caillot stratifié s'il y a eu apoplexie à répétition. Souvent l'ostium abdominal est fermé, et le pavillon a gardé sa topographie habituelle; mais d'autres fois, l'ostium abdominal s'est laissé forcer, et ce sont des franges du pavillon qui, accolées les unes aux autres par une membrane de néoformation, ferment le sac; le sac est alors « ampullo-infundibulaire fermé ».

HEMATOCELE. — On trouve ici des caillots accumulés dans le Douglas, et pouvant remonter plus ou moins haut, suivant l'abondance de l'hémorragie; on peut même trouver du sang frais, ce qui est exceptionnel. Dans de nombreux cas, les caillots ne forment pas une masse compacte, mais un magma de caillots d'âges différents; l'hémorragie s'est faite en plusieurs fois.

Si l'hématocèle est de date récente, elle sera libre, non encapsulée, limitée seulement vers la grande cavité abdominale par les anses intestinales et l'épiploon reposant sur elle. Au contraire, si elle est déjà âgée, il se sera fait un processus réactionnel d'enkystement, des adhérences se seront formées, le caillot se sera organisé.

Quels sont les rapports de la trompe gravide et de l'hématocèle? En général, la trompe se coude, elle tombe avec l'ovaire dans le cul-de-sac de Douglas, et c'est au milieu des caillots que nous la trouverons. Dans les très vieilles hématocèles, il sera très difficile de l'en séparer, vu l'organisation secondaire de l'hématocèle, et il sera difficile de séparer l'hématocèle des anses intestinales. Il faudra l'énucléer, comme on le fait pour des tumeurs annexielles. L'hématocèle peut se trouver péritubaire, et même siéger dans le cul-de-sac antérieur.

INONDATION PERITONEALE.

L'abondance de l'hémorragie est variable. On compte peu

d'hémorragies saignant à blanc le malade en quelques instants. Le plus souvent, quand un litre, un litre et demi de sang se sont déversés dans le péritoine, l'hémorragie s'arrête, mais alors tout danger n'est pas écarté; elle peut se reproduire, et la règle est qu'elle se reproduit, mettant ainsi, par plusieurs étapes, la vie de la malade en danger.

L'état du péritoine a une grande importance, car avec une séreuse saine, il n'y a pas de coagulation, ce qui fait dire à Segond [49]: « Petit épanchement dans péritoine malade, grand épanchement dans péritoine sain. »

En principe, l'hémorragie des ruptures est abondante, car y a hémorragie par les sinus veineux développés au cours de la grossesse dans la paroi tubaire, et par les vaisseaux déchirés de la paroi rompue, tandis qu'en cas d'avortement, il y a surtout hémorragie par rupture des vaisseaux inter-tubo-placentaires. Cette distinction n'a cependant pas de valeur.

Au point de vue anatomique, nous devons considérer trois degrés d'épanchement:

a) l'épanchement des hémorragies cataclysmiques,

b) l'inondation d'intensité moyenne,

c) l'inondation ancienne, peu importante.

a) Dans les très grandes hémorragies cataclysmiques rapides, saignant la malade en moins d'une heure, si on a la chance d'intervenir à ce moment, on trouvera du sang liquide, rutilant, dans toute la cavité péritonéale. Les anses intestinales baignent dans ce sang qui remonte jusquau diaphragme, les anses cependant seront rejetées vers la coupole diaphragmatique et en avant. Au cours de la laparotomie, au moment où l'on arrive sur le péritoine, celui-ci prend un aspect « bleuté » caractéristique

b) Quand on a affaire à une inondation moins brutale, on trouvera à la fois du sang liquide et des caillots, le sang liquide est alors plus noir, un peu moins fluide; on le trouve dès l'ouverture du péritoine qui, ici encore, a le même aspect « bleuté »; les anses intestinales surnagent sur cette masse liquide, et dans les parties basses, on trouve de gros caillots. Cette éventualité est celle que l'on rencontre le plus souvent.

c) Enfin, si l'on se trouve en présence d'un épanchement ancien, on peut trouver les anses intestinales plus ou moins agglutinées à l'épiploon, et noyées dans un magma de vieux caillots noirâtres les unissant les unes aux autres.

Il peut même exister un vrai plastron; nous avons trouvé un cas semblable dans les observations que nous avons relevées (obs. n° 29, 1924, Gyn.). De gros caillots se trouvaient aux parties déclives, et entre ces deux masses hémorragiques organisées, on

trouvait un liquide brunâtre, formé de sang en voie d'hémolyse et de sérosité péritonéale.

En pratique, dans toute inondation péritonéale secondaire à une grossesse tubaire, on trouve tout d'abord les anses intestinales mêlées à du sang liquide et à de rares petits caillots puis du sang liquide, et enfin, dans le pelvis, de nombreux caillots mêlés intimement à la trompe gravide.

Quant à la trompe, dans ces inondations, elle peut être rupturée soit sur la partie isthmique, soit sur la partie ampullaire; enfin, il peut y avoir inondation par hémorragie, par l'ostium abdominal.

Quand il y a rupture, on peut trouver tous les degrés, depuis la simple fissure et l'orifice punctiforme jusqu'à l'éclatement complet du sac ovulaire distendu avec expulsion de son contenu. En pareil cas, il faudra le rechercher, si l'on a affaire à une grossesse de plus de quatre à six semaines. Mondor cite le cas suivant: au moment de fermer, le foetus n'avait pas été retrouvé, et cependant le sac ovulaire, complètement éclaté, ne laissait voir que des restes placentaires; une révision de la cavité péritonéale permit de trouver le foetus, long de six centimètres; il était près de la rate, sous le rebord costal.

Si la grossesse est jeune, en général, il est impossible de retrouver l'oeuf; s'il y a eu expulsion. L'oeuf en entier se trouve perdu parmi les caillots; c'est pourquoi il est important, à la fin de l'intervention, de faire une toilette soigneuse et sérieuse de toute la cavité, de manière à éliminer tous les caillots.

Il arrive souvent que l'oeuf ne soit pas expulsé, mais fasse saillie au niveau de l'orifice de rupture qu'il obture; de même dans les inondations par avortement tubaire, on voit l'oeuf boucher l'orifice abdominal de la trompe, ou pendre à demi expulsé hors de cet orifice. Il peut aussi être expulsé complètement par l'ostium abdominal, il y a alors avortement tubo-abdominal.

Quelquefois une rupture tubaire peut s'effectuer au niveau de l'insertion du mésosalpinx. Le sang se répand d'abord entre les lames du ligament large. C'est l'hématocèle dite rétro-péritonéale ou intra-ligamentaire, qui d'ailleurs peut s'ouvrir secondairement dans l'abdomen.

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE.

Nous venons de faire un rapide résumé de tout ce qui se rapporte aux grossesses ectopiques. Avant de commencer l'étude propre des inondation péritonéales, il nous paraît intéressant de donner la statistique des cas qui se sont présentés, et parmi lesquels nous avons fait un choix d'observations que nous retrouverons incluses dans cette étude à titre d'illustration clinique.

Le tableau suivant comprend l'ensemble de ces cas:

Variétés	avant complication	hématosalpinx	Avortement		Rupture	
			Hématocèle	Inondation	Hématocèle	Inondation
Interstitielles					2	11
Isthmiques	5			1*)	17	57
Ampullaires	12	7	133	11**)	17	21
Infundibulaire					1	
Ovarienne					1	
Abdominales					1	1
Sans siège précisé	2	3	8		3	4
Sur moignon de salpingectomie antérieure						1
1 grossesses ampullaire à terme	1					

*) Avortement tubaire et rupture minime.

**) Parmi ces avortements ayant donné une inondation péritonéale, il y a chez certains coexistence de rupture; est-ce à l'avortement ou à la rupture que revient l'inondation? Nous ne pouvons le dire.

Si nous comparons notre statistique à celle de Beau [50], nous trouvons comparativement à lui une proportion beaucoup plus grande d'hématocèles rétro-utérines, et une proportion légèrement plus élevée d'inondations péritonéales. Par contre, l'hématosalpinx est chez nous une rareté, tandis que dans la statistique

de Beau, il prend une place importante.

D'autre part, Beau fait une rubrique à part pour l'avortement tubo-abdmoinal; nous n'avons pas cru nécessaire de la faire. Nous ne considérons pas l'avortement en lui-même, mais ses conséquences: hématocèle ou inondation. Beau ne cite qu'un cas d'inondation par avortement tubaire. Pour lui, c'est une rareté; pour nous aussi, c'est rare, mais non exceptionnel, puisque nous avons relevé 12 cas d'inondations de la grande cavité par avortement tubaire. Dans huit observations, l'avortement seul était en cause, tandis que dans les autres cas, il y avait en même temps une rupture.

En général, l'avortement tubaire donne une hématocèle, puisque sur 153 avortements, nous ne trouvons que 12 inondations pour 141 hématocèles; et pour les ruptures tubaires, les proportions sont inverses: sur 137 ruptures de grossesses ectopiques, on compte 95 inondations pour 42 hématocèles; la grossesse isthmique compte à elle seule 57 inondations, l'interstitielle 11, et l'ampullaire 21.

Le tableau ci-dessous donne la comparaison entre la statistique de Beau et la nôtre:

	BEAU (sur 328 cas)		Année 1919/32 (319 cas)	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
Inondation	98	30 %	107	35,5 %
Hématosalpinx	56	17 %	10	3,2 %
Hématocèle	152	46 %	182	60 %
Avortement tubo-abdominal	22	7 %		

Notre étude clinique des inondations péritonéales portera donc sur 107 observations. Toutes ces observations n'ont pas été reproduites dans notre ouvrage. Sur 107 inondations, 95 sont consécutives à une rupture tubaire, et 12 à l'avortement. Les décès post-opératoires, sont au nombre de 12. Dix femmes ont succombé à leur anémie, une à une péritonite, et enfin une femme est décédée de myocardite.

DEUXIÈME PARTIE

Inondations Péritonéales
PAR
Rupture de Grossesse Tubaire et Accessoirement par Avortement Tubaire

Etude critique des Symptômes

QUAND SE PRODUIT LA RUPTURE ET LA GRANDE HEMORRAGIE PERITONEALE?

La rupture se produit en général, comme nous l'avons déjà dit, au courant des trois premiers mois; passé ce délai, la rupture est l'exception. Sur 95 cas de rupture, un seul cas avait dépassé l'âge de trois mois; en l'occurrence, il s'agissait d'une grossesse ampullaire de cinq mois, et ici, encore, nous avons la vérification de la « règle de Taylor ». La rupture est d'autant plus précoce, que la nidation est plus près de l'utérus.

Si nous nous reportons aux statistiques de nombreux auteurs, ainsi qu'aux innombrables observations de grossesses extra-utérines rompues que l'on trouve dans la littérature, on peut dire avec La Fayette de Barros [1] que la rupture d'une grossesse tubaire avec hémorragie cataclysmique se produit presque toujours de la quatrième à la douzième semaine. Nous-mêmes, nous avons retrouvé les mêmes délais. Il nous suffirait d'aligner ci-dessous tous les cas d'inondation péritonéale, causées par des grossesses tubaires, avec l'âge respectif des grossesses. Pour le prouver, nous avons préféré prendre quelques années au hasard.

Année	Variétés	Inondations par avortem	Inondations par rupture	Age de la grossesse
1920	isthmique		+	1 mois 1/2
	tubo-interstitielle		+	2 „
	isthmique		+	2 „
	ampullaire	+		4 „ 1/2
	isthmique		+	1 „ 1/2
	„		+	2 „ 1/2
	„		+	2 „
1927	ampullaire		+	3 mois
	interstitielle		+	2 „
	isthmique		+	2 „
	„		+	1 „ 1/2
	„		+	1 „
	„		+	2 „
	„		+	2 „ 1/2
	ampullaire		+	5 „ 1/2
1930	isthmique		+	1 mois
	„		+	2 „
	ampullaire		+	2 „ 1/2
	isthmique		+	2 „
	ampullaire		+	2 „
	„	+		2 „ 1/2
	isthmique		+	1 „ 1/2

La grossesse ectopique se rompt donc dans les trois premiers mois, mais c'est surtout au courant du second mois que le fait se produit. Schrenck [2], sur 141 cas, note que 67 fois, la rupture s'est faite au cours du second mois.

Dans ce laps de temps, les grossesses extra-utérines ont une prédilection à se rompre, et à se compliquer de graves hémorragies entraînant une inondation péritonéale, au moment des périodes menstruelles. Les grossesses ectopiques, comme l'avait remarqué, dès 1888, Lawson Tait, se rompent surtout huit semaines après les dernières règles normales, rarement douze semaines, et quelquefois la rupture a lieu à la quatrième semaine, alors que la femme attend ses « périodes ». Cestan et Binaud confirmèrent l'opinion de Lawson Tait dans leurs remarquables thèses. Sproat Heaney [3], en 1919, remit au jour cette périodicité, et Ricard [4], en 1926, apporta de nouveaux cas.

Le fait s'explique aisément; lors de la période menstruelle, il y a, en effet, une congestion marquée de tout le tractus génital, une circulation sanguine plus abondante. La rupture se produit alors, et cette abondante irrigation explique la rapidité avec laquelle le sang se répand en quantité considérable dans la cavité péritonéale. Cette hémorragie sera d'autant plus importante, que l'orifice de rupture se trouvera plus près de l'utérus, au voisinage même du bouquet terminal de l'artère utérine, comme c'est le cas dans les grossesses interstitielles et dans les grossesses isthmiques; c'est pourquoi les grandes hémorragies cataclysmiques sont secondaires aux grossesses siégeant au tiers proximal de la trompe, et quand la rupture se fait à une période menstruelle, le danger est encore plus grand.

Nous avons dit qu'il peut arriver qu'une grossesse ectopique se rompe, alors que la femme n'a présenté aucune aménorrhée; la rupture est le premier signe. Souvent, avant le grand accident cataclysmique, la douleur, la syncope, il y a bien quelques crampes, mais elles sont si frustes, si bénignes, que la femme n'y prête pas attention; elle attend ses règles, et, il y a tant de femmes dont les règles sont précédées ou s'accompagnent de douleurs crampoïdes! Crainiciani [5] rapporte plusieurs cas de ce genre, et nous-mêmes, nous avons trouvé de tels cas; ainsi, dans le cas ci-dessous, les premières crampes sont apparues le jour où la femme attendait sa menstruation, et trois jours après, la rupture avait lieu. Ici, les signes prémonitaires, qui s'échelonnent d'ordinaire sur une durée de un mois et plus, se sont trouvés réunis en quelques jours.

Obs. n° 651, 1919, Gyn.

Mme M..., 25 ans, a eu un enfant en janvier 1919. Toujours

bien réglée, elle attend ses règles pour le 14 novembre. Dans la journée, elle ressent quelques douleurs dans le bas-ventre, peu intenses, ayant bientôt rétrocédé. Le 15 novembre, douleurs crampoïdes plus fortes que la veille. Les 17-18, elle ressent toujours les mêmes douleurs et perd quelques gouttes de sang brunâtre.

Le 19, brusquement, au matin, une douleur atroce, un vomissement, et elle tombe en syncope.

Depuis, elle ne sait rien: elle a mal, on l'amène à la clinique à 18 heures, elle est très pâle, le pouls est imperceptible, les douleurs abdominales sont généralisées à tout l'abdomen. Une matité en croissant, de quatre travers de doigt, s'étend au-dessus du pubis, elle est plus étendue à droite qu'à gauche.

Le toucher est très douloureux; on ne sent rien de précis. Le Douglas est plus particulièrement douloureux. Pendant qu'on l'examine, la femme fait une nouvelle syncope. On intervient d'urgence.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une inondation importante, près d'un litre, secondaire à la rupture d'une grossesse ampullaire droite; orifice de la taille d'une pièce de 50 centimes. Salpingectomie. Suites normales.

En dehors de ce processus physiologique, on peut trouver d'autres causes à la rupture, une cause adjuvante, pourrait-on dire; celle-ci est remarquée par la malade, ou passe inaperçue. La malade présentait de petites douleurs pelviennes; comme celles-ci n'étaient pas assez marquées pour qu'elle se ménage, elle vaque à ses occupations; elle fait un effort, et alors c'est la douleur pelvienne brutale, qui surprend la malade: c'est la rupture. La cause adjuvante est minime; le fait de lever un seau d'eau, d'étendre du linge, de faire la lessive. Nous avons trouvé tout cela. D'autres fois, le traumatisme sera plus important: une chute, un saut; ainsi une des malades que nous avons vues cette année, a rupturé sa grossesse tubaire en sautant le matin en bas du lit. Cette femme n'avait présenté aucun prodrome, et la rupture avec inondation qui devait emporter la malade, fut le premier signe de grossesse tubaire. Chez une autre malade, les accidents débutèrent à la suite d'une chute.

Obs. n° 307, 1925. Gyn.

Mme G..., 27 ans, est envoyée à la clinique le 16 juin 1925 par son docteur.

Elle arrive dans un état général satisfaisant; elle nous apprend que ces dernières règles remontent au 1er avril.

Elle n'a pas revu ses règles au mois de juin; le 15 la patiente fait une chute assez violente en tombant d'une échelle, se relève, en se plaignant un peu de son côté droit. Le lendemain, cette douleur vague se précise et devient très vive à droite, puis s'irradie à tout l'abdomen. La malade vomit et a des vertiges; elle aurait eu une syncope?... Une heure après le début des accidents, la malade est au service.

Elle est pâle, légèrement décolorée, le pouls est bien frappé, 80 pulsations, la T.A. 110-60.

La douleur pelvienne est intolérable. L'abdomen est douloureux, surtout à droite; un peu de matité supra-symphisaire.

Au toucher, col dans l'axe; on ne peut délimiter l'utérus, la palpation bimanuelle étant impossible. Le cul-de-sac droit est très saillant. Le Douglas douloureux.

Vu les antécédents et ses signes d'anémie fruste, on opère pour extra-utérine rompue, probablement à droite.

A l'ouverture du péritoine, on trouve du sang liquide et quelques caillots. On fait un rapide nettoyage, et l'on va aux annexes droites, où l'on reconnaît une grosesse isthmique rupturée sur sa face antérieure. A gauche, petit hydrosalpinx. Ablation des annexes droites, avec excision en coin de la corne utérine — salpingectomie gauche — toilette du péritoine — suture.

Suites normales

Il est fréquent que la rupture ou l'avortement tubaire se produisent alors que la malade va à la garde-robe et qu'elle fait des efforts pour aller à la selle; une malade s'est évanouie au moment où elle faisait des efforts pour déféquer. Enfin, quelquefois, la rupture se produit au cours d'un coït. L'observation ci-dessous en est l'illustration.

Obs. n° 342. 1931. *Gyn.*

Le 20 août 1931, est amenée d'urgence une jeune femme de 22 ans. L'état général étant très grave, on abrège l'interrogatoire. Il n'y a pas eu de retards de règles(?). Cette femme, au cours d'un premier rapport sexuel, avait ressenti une douleur vague dans le bas-ventre, accompagnée d'un malaise général. Peu après, au cours du second coït, elle a eu une syncope: revenue à elle, elle souffre horriblement dans le bas-ventre à gauche. Elle arrive à 10 h. 50 au service, dans un très mauvais état: grande anémie, matité très nette dans les flancs et le bas-ventre, remontant jusqu'à l'ombilic, sensibilité diffuse de tout l'abdomen.

« Cri du Douglas » typique.

On opère d'urgence. Dès l'ouverture du péritoine, le sang jaillit. Il s'agit d'une inondation massive, consécutive à une rupture de grossesse ampullaire de la trompe gauche, saignant encore lors de l'intervention. On excise rapidement la trompe gravide, et l'on referme, après avoir vidé le péritoine. L'intervention a duré onze minutes.

Durant l'opération, la femme a reçu un litre de sérum et des toni-cardiaques. L'état s'améliore, mais le soir à 20 heures, la respiration s'accélère, le pouls n'est plus palpable, et avant qu'on ait le temps de faire une transfusion, malgré les toni-cardiaques: caféine, camphre, cardiazol, la malade succombe.

Mais il arrive aussi qu'on ne trouve aucune cause adjuvante à la rupture; la femme présentait des crampes depuis quelque temps; ou simplement une lourdeur avec des tiraillements dans le bas-ventre, et brusquement, la rupture avec tout son cortège de symptômes s'installe. Il est plus rare, presqu'exceptionnel, qu'on ne trouve aucun prodrome.

Une malade à qui nous demandions « comment la maladie a débuté », nous répondit: « Depuis quelques jours, j'avais un peu mal dans le bas-ventre, et brusquement, au lit, à mon réveil, j'ai ressenti une violente douleur dans le bas-ventre; j'ai appelé, et je me suis évanouie. »

Une autre patiente nous a dit: « J'ai commencé à saigner à midi, et l'après-midi, j'ai eu très mal au ventre; je me suis couchée, la tête me tournait. » Cette malade perdait du sang depuis près de deux semaines, et depuis un mois et demi, n'avait pas revu ses règles. De tels exemples ne manquent pas.

Le médecin, le chirurgien, le gynécologiste même, peuvent être rendus coupables d'une rupture de grossesse extra-utérine. Souvent, en effet, la femme vient consulter pour une aménorrhée, pour des métroragies, pour une lourdeur dans le bas-ventre, pour des douleurs lancinantes, parce qu'elle saigne; enfin pour une des raisons quelconques qui amènent une femme à consulter.

Or, souvent, quand une femme vient pour de tels symptômes, on ne pense pas d'emblée à une grossesse extra-utérine, et lors du toucher, pour peu que celui-ci soit brutal, que le palper combiné soit trop appuyé, on cause un traumatisme pouvant entraîner la rupture et l'hémorragie.

Forgue dut opérer d'urgence une malade qui, quelques secondes après le toucher, fit dans le cabinet du médecin qui l'examinait, une hémorragie cataclysmique.

Quand la rupture et l'inondation se produisent immédiatement, il n'y a que demi-mal, car l'intervention suit la rupture; mais quand elle se produit plus tardivement, alors que la malade est rentrée à la maison, réconforté par l'optimisme du médecin qui n'a rien remarqué lors de son examen, le mal peut être grand. De telles ruptures, sans être fréquentes, ne sont pas exceptionnelles pour autant *). Nous avons relevé dans les archives plusieurs cas où la rupture s'est faite, même à la suite d'un toucher prudent. Il fallait un rien pour déclancher ce drame; heureusement qu'il s'est produit à la clinique, où l'opération suit à peine de dix minutes le début des accidents, comme le relate l'observation suivante:

Obs. n° 81, 1927, *Gyn.*

Mme B..., 37 ans, entre à la clinique le 11 septembre 1927; elle nous est adressée par son médecin pour grossesse extra-utérine.

Ses antécédents sont chargés : adénites et ostéomyélites tuberculeuses, fistulisées dans l'enfance; depuis trois ans, réapparition du processus tuberculeux. Il y a huit ans, cholécystectomie, suivie d'appendicectomie. Cette femme a toujours été

*) V. observations n° 421, 1923, Gyn.

bien réglée jusqu'en mai de cette année, où ses menstruations deviennent moins abondantes, et ne durent que deux jours; mai et juin, règles peu abondantes, plus claires et plus fluides que normalement. Le 6 juillet, elle perd un seul jour. Depuis la fin du mois d'août, elle présente des douleurs crampoïdes itératives dans la fosse iliaque gauche; ces douleurs irradient vers la région lombaire.

Le 11, au matin, les douleurs deviennent constantes et insupportables; ayant consulté un confrère, celui-ci nous l'adresse, en faisant remarquer l'aménorrhée.

A son admission à 15 heures, le teint est un peu pâle; état de nutrition peu satisfaisant; on met ce mauvais état général sur le compte des nombreux foyers tuberculeux qui suppurent.

Le pouls est plein; on trouve 80 pulsations à la minute.

La femme se plaint de son bas-ventre; à la palpation, on trouve une douleur nette dans la fosse iliaque gauche; pas de matité, ni de tympanisme. On pratique un toucher, le col utérin est dans l'axe, le corps anté-fléchi est un peu augmenté de volume. A côté de l'utérus, on note une tumeur bien limitée, mobile et très sensible.

A droite, annexes non sensibles. On ne pense pas à une extra-utérine, mais à une grossesse intra-utérine coexistant avec une tuberculose annexielle. A 18 heures, même état général. Le toucher montre la même tumeur. Mais moins de dix minutes après, alors que l'on complétait les antécédents, la malade tombe en syncope; le pouls est petit et reste lent; les téguments se décolorent, la face se couvre de sueur, et l'on intervient d'urgence pour extra-utérine rompue.

L'opération montra un début d'inondation; du sang liquide est épanché dans la cavité pelvienne, mais il ne gagne pas encore la grande cavité; la rupture siège sur une grossesse isthmique gauche, l'orifice de rupture saigne, et le foetus est à moitié expulsé.

L'opération fut difficile à la suite des adhérences contractées lors des deux opérations antérieures, mais on ne trouve nulle part des signes de tuberculose annexielle.

Salpingo-ovariectomie gauche, avec excision de la corne utérine, débridement des adhérences intestinales.

Suites normales.

En résumé, on peut dire que les grossesses ectopiques se rompent dans les trois premiers mois de leur évolution, en particuiler au cours du second mois; souvent cette rupture coïncide avec une date où la malade devait avoir ses règles. Enfin la rupture peut être due à un toucher vaginal, à un coït, à un effort.

INONDATION PERITONEALE « CLASSIQUE »

SYMPTOMES.

Prenons le cas de malades qui sont restées insouciantes à leur irrégularité de règles, à leur aménorrhée, à des douleurs dans le bas-ventre, douleurs violentes ou à peine marquées, et qui, brusquement, sont prises de douleurs abdominables, accompagnées ou non de syncope ou d'état syncopal.

La rupture s'est produite, l'inondation péritonéale ou hématocèle cataclysmique de Barnes est en cours. La malade, ou plus souvent l'entourage, fera appeler un médecin d'urgence, à moins que la malade ne soit amenée à la clinique.

Dans les cas typiques « encyclopédiques », comme les dénomme Sproat Heaney, nous allons nous trouver en présence d'un syndrome « d'anémie brusque suraiguë ».

La patiente est couchée, les membres inférieurs en extension, ou les cuisses en demi-flexion. Elle est pâle, décolorée; gémit doucement ou ne se plaint pas, les lèvres sont blafardes, la face est couverte de sueur, les membres sont froids aux extrémités.

Cet état de demi-torpeur s'accompagne souvent de lipothymies, de vertiges: D'autres fois, la malade est agitée, délire. Le pouls est rapide, à 120-140 et plus, souvent il est imperceptible, et ce n'est que par l'auscultation du coeur, que l'on peut juger de son accélération. Il n'y a pas de fièvre.

L'état est grave, il faut intervenir; l'examen de l'abdomen nous renseigne sur le siège de l'hémorragie.

C'est un *abdomen un peu ballonné, qui se laisse déprimer à la palpation.* Il n'y a pas de contracture, mais une sensation de flot, dans les grandes hémorragies, donc signes typiques d'épanchement abdominal, comparables à une ascite libre, matité dans la moitié inférieure de l'abdomen, avec tympanisme dans l'autre, ou plus simplement encore une matité dans les flancs et au-dessus de la symphyse.

Le toucher montre un utérus un peu gros; rien de net dans les culs-de-sac latéraux. Dans le Douglas, une sensibilité exquise.

Le diagnostic doit être posé sur de tels signes.

Cependant, il ne faut pas ménager un léger interrogatoire, qui a une importance bien souvent capitale.

En effet, la femme dira avoir eu un léger retard de règles,

ou au contraire, dira saigner fréquemment; ses règles sont interminables, mais ne sont pas comme d'habitude, c'est un très léger suintement. Et brusquement, le matin même ou la veille de son admission, elle a été prise d'une douleur brutale, intolérable, dans le bas-ventre, intense, terrible, et elle s'est évanouie.

Revenue à elle, la douleur a persisté; la femme, après un mieux apparent, a eu des vertiges, la syncope a récidivé, et c'est alors qu'on l'a admise.

Aucun doute ne subsiste; il n'y a qu'un seul diagnostic: la rupture tubaire avec inondation péritonéale.

Il ne faut pas s'attendre à avoir toujours ces signes au complet, ni à les avoïr toujours parfaits.

Le plus souvent, il faudra se contenter de quelques-uns, qui seront vraiment typiques, quelquefois un seul, les autres n'étant qu'ébauchés. Nous reproduisons, avant toute étude de ces signes, deux observations d'inondation présentant une symptomatologie complète.

1) *Obs. n°* 459, 1921, *Gyn.*

Mme C... est amenée d'urgence à la clinique, par son entourage, le 16 juillet 1921, à midi.

A l'admission, on se trouve en présence d'une femme très pâle; le pouls est filiforme, il est impossible de le compter; les lèvres sont pâles, les membres froids, le visage est couvert de sueur. La malade ne dit rien.

L'examen de l'abdomen montre un ventre un peu ballonné; la palpation n'est pas douloureuse, sauf au niveau de la région pubienne.

La percussion révèle une matité des parties basses; cette matité se modifie avec les diverses positions que l'on donne à la malade.

Le toucher vaginal révèle un utérus un peu gros, antéfléchi; le col est dans l'axe, son orifice externe est punctiforme. Les culs-de-sac sont sensibles, en particulier le cul-de-sac gauche, dont la palpation fait geindre le malade.

Sur ces signes, on pose le diagnostic de grossesse tubaire gauche rompue, et l'on se prépare pour l'intervention. Pendant ce temps, on interroge alors succinctement la malade et l'entourage. Cette femme, âgée de 32 ans, n'a jamais été malade; elle est réglée régulièrement. Trois grossesses et accouchements normaux. Ses dernières règles remontent du 1er au 6 juin. Mais depuis le début de juillet, cette femme saignait un peu; elle ne peut préciser la teinte de ce sang, elle croyait avoir affaire à ses règles, quand, le 14 juillet, brusquement, elle est prise de douleurs crampoïdes dans le bas-ventre, prédominant à gauche; en même temps, elle saigne légèrement. Puis, après cet épisode, tout rentra dans le calme, et aujourd'hui même, ainsi que la veille, elle fit sa lessive; brusquement ce matin à huit heures, de violentes douleurs dans tout le ventre la surprirent en plein travail, et elle eut des vertiges et aurait perdu connaissance cinq fois.

A l'intervention, on trouva beaucoup de sang dans la cavité

péritonéale, avec de gros caillots. Le siège de la rupture est l'isthme tubaire gauche. Ablation de la trompe gauche — suture — révision des annexes droites, qui sont saines.

On remonte la malade par 500 cc. de sérum physiologique

Les suites furent normales, et neuf jours après, la malade se lève.

L'examen de la trompe gravide montra une rupture de la taille d'une noisette au niveau de l'isthme; les parties de l'oeuf sont adhérentes, le foetus n'a pas été retrouvé.

2) *Obs. n°* 181, 1921, *Gyn.*

Au courant de la même année, nous avons eu à la clinique un autre cas de rupture typique, avec signes de grossesse extra-utérine en évolution, auxquels la malade n'a pas pris garde.

Mme W..., 42 ans, est régulièrement réglée; elle a eu dix accouchements normaux; ses dernières règles remontent au 22 septembre, puis aménorrhée. Mais déjà au courant du mois de septembre, cette femme, qui a toujours joui d'une excellente santé, eut des malaises généraux, des nausées, de petits vomissements fréquents, accompagnés de petits frissons, et dès le début d'octobre, elle présenta de petites douleurs dans le bas-ventre, tantôt à droite, tantôt à gauche. Cet état dura jusqu'au 20 novembre, où brusquement de violentes douleurs la surprirent; la malade s'évanouit ;un docteur appelé ordonna de garder le lit. Son état s'améliora alors, bien que continuellement la patiente ressentait de petites crampes dans le bas-ventre. Le 21 au matin, elle se lève, et une nouvelle syncope la surprend; elle ne vomit pas.

Le docteur fait alors admettre la malade à notre clinique; c'est une femme de fort embonpoint, très pâle, le pouls est impossible à palper, vu le panicule adipeux de la femme. Le coeur a un rythme à 100-110.

L'examen de l'abdomen est difficile; mais il ne semble pas y avoir de contracture, et la percussion révèle une matité en croissant, changeant de place suivant la position de la malade.

Au toucher, on trouve un Douglas excessivement sensible, les culs-de-sac latéraux sont empâtés, l'utérus un peu agrandi et en antéflexion. On ne peut palper les annexes.

On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, sans préciser le siège, et l'on opère d'urgence.

On trouve de nombreux caillots disséminés dans toute la cavité péritonéale, mais plus nombreux dans la région pelvienne, ainsi que du sang libre. La grossesse tubaire est dans la trompe gauche au niveau de l'isthme; son orifice de rupture est de la taille d'un confetti.

Ablation de la trompe gravide et de l'ovaire.

Suites normales.

Il ne faudrait pas croire que tous les symptômes trouvés dans les deux observations précédentes, se présenteront toujours au clinicien dans une pureté parfaite. On n'a pas à faire à des symptômes de « série », sortis d'un gabarit unique. Non, chaque signe a une ligne générale, toujours la même, et chaque malade à peu près lui donne un cachet particulier. De plus,

ce ne sera pas toujours le même signe qui prendra le plus d'importance; tantôt tel signe prédominera, tantôt tel autre.

Sproat Haeney[3] s'en prend aux livres d'enseignement ; d'après lui, dans les livres, l'étudiant ne trouve décrit qu'une rupture « parfaite », comparable à celle que nous avons construite schématiquement; c'est pourquoi il se fait accusateur.

Il écrit: « La symptomatologie d'une rupture tubaire est aussi trop encyclopédiquement tracée. Les preuves de rupture seraient: la douleur extrême, à caractère déchirant ou perçant, suivie de choc, la pâleur, les sueurs froides, la faiblesse, l'anxiété, l'augmentation des pulsations et de la respiration, la diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, le faciès hagard, la matité dans le flanc et la distension abdominale, et l'étudiant ne croit à une rupture que s'il rencontre la plupart de ces signes. »

On n'insiste pas suffisamment sur le fait, que la gravité des symptômes dépend de la quantité de sang perdu, et non simplement de la rupture. Si de petits vaisseaux seulement ont été déchirés, ou si la rupture est incomplète, la patiente accusera une douleur soudaine, sans qu'il y ait nécessairement de dépression accompagnée parfois de nausées et affaiblissement. Si l'écoulement sanguin s'arrête, la malade peut se rétablir promptement et se trouve aussi bien qu'à son habitude. Si le sang s'écoule en abondance, elle devient pâle et se couvre de transpiration, vomit, se sent trop faible pour quitter le lit. C'est seulement en cas d'hémorragie excessive, qu'elle présente un faciès hagard et de la distension abdominale ».

Nous ajouterons aussi que la symptomatologie dépend aussi des sujets. Ainsi telle malade résistera mieux à l'hémorragie qu'une autre; une malade sera pâle et défaillante, alors qu'une autre sera seulement un peu faible, et les deux cependant auront des inondations abdominales quasi équivalentes; la première aura, en plus de son hémorragie, un phénomène de shock, alors que la seconde n'en présentera pas. Telle femme aura une douleur intolérable au moment de la rupture, tandis qu'une autre présentera seulement de très fortes crampes; le péritoine n'a pas la même sensibilité.

Cependant on peut admettre qu'à symptomatologie bruyante coïncide une inondation brutale, rapide, consécutive à une grave rupture, tandis qu'une symptomatologie moyenne annonce une hémorragie plus lente, moins grave.

Ainsi une douleur sévère d'emblée, accompagnée d'une longue syncope, et d'un état grave, signifient qu'un vaisseau assez important a été rompu, surtout si auparavant il y a eu de plus petites douleurs avec tendance syncopale seulement.

On verra alors tous les signes d'anémie suraiguë venir compléter le tableau en quelques instants. Au contraire, une douleur moyenne, avec un peu de fatigue, de lassitude, sera l'annonce d'un cas moins grave; il faudra longtemps, plusieurs heures, pour que le tableau se complète, à moins que brusquement, un épisode brutal vienne accélérer l'évolution. Or, il ne faut pas attendre ce nouvel épisode, car il y a déjà hémorragie; il faut opérer, bien que les signes ne soient pas d'une grande netteté.

En général, dans une rupture, l'inondation est plus grave que dans un avortement tubaire; dans la rupture, des vaisseaux sont rompus suivant la tranche de section, le péritoine est lésé plus gravement, tout concorde à rendre la maladie plus douloureuse et plus rapide que dans l'avortement. De même, une symptomatologie cataclysmique fait songer à une rupture tubaire de l'extrémité proximale, car, comme l'ont formulé Hartmann et Bergeret [6], il y a, au point de la fréquence de la grande hémorragie cataclysmique, une différence absolue entre les grossesses ampullaires d'une part, les grossesses isthmiques et interstitielles d'autre part.

Cependant, nous avons trouvé des grossesses ampullaires terminées par avortement tubaire, suivi d'inondation massive cataclysmique.

Obs. n° 618, 1921, Gyn.

Le 1er octobre 1921, on envoie Mme E..., avec le diagnostic de grossesse extra-utérine en évolution.

Cette malade a toujours été bien réglée. Ses règles sont abondantes et durent huit jours. Un accouchement normal en 1920. Dernières règles le 29 août 1921.

Le 20 septembre 1921, légères douleurs dans le bas-ventre, qui augmentèrent d'intensité au point de simuler le lendemain des douleurs d'accouchement. La malade interrompt son travail. Un médecin pose le diagnostic d'annexite gauche et met la malade au repos.

Du 22 au 30 octobre, la malade présenta de nouvelles crises douloureuses, mais plus passagères et moins fortes que les premières. Les crises douloureuses s'accompagnent de pertes sanguines brunâtres. Le 1er novembre, en allant à la garde-robe le matin, elle est prise d'une douleur atroce et tombe en syncope.

Portée dans son lit, elle se sent mieux, quand, à 15 heures, une nouvelle syncope la surprend. On fait appeler le même médecin, qui est alors témoin d'une nouvelle syncope à 19 heures et envoie la malade à la clinique.

A son admission, on trouve une femme pâle, anémique; les muqueuses sont fortement décolorées. Le pouls est bon, quoique rapide, à 180. La T. A. est de 100/60.

L'abdomen est mou, peu sensible, à la palpation. On trouve une matité déclive, variable suivant les positions de la malade, mais pas de fluctuation.

A la vulve, écoulement sanguin noirâtre. Le col est dans

l'axe, son orifice externe est perméable à la pulpe du doigt, l'utérus antéfléchi, légèrement accru de volume. Les culs-de-sac et le Douglas sont peu sensibles, la trompe gauche est un peu accrue de volume, on y sent une nodosité de la taille d'un oeuf de pigeon.

On pose le diagnostic d'inondation péritonéale par rupture tubaire, et l'on intervient, sous rachi-anesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale; le péritoine est bleu-noir. A l'incision de ce dernier, il s'écoule à flot du sang liquide noir mêlé de caillots. Les annexes présentent une trompe dont l'ostium abdominal est largement ouvert et rempli de caillots; dans la région ampullaire, on trouve une dilatation de la taille d'un oeuf de poule: l'ovaire est intact. Salpingectomie et péritonisation du moignon. Annexes droites saines. On vide l'abdomen des caillots qu'il contient, et on referme au plus vite.

Les suites furent normales.

Il est très difficile de dire si l'inondation péritonéale revient à une rupture ou à un avortement; d'ailleurs, il n'y a rien à gagner, la règle de conduite est la même, mais comme l'inondation péritonéale est plutôt rare dans l'avortement tubaire, c'est à la rupture qu'on pensera tout d'abord.

On établit un diagnostic d'inondation péritonéale sur:

1) *La douleur basse pelvienne, accompagnée de syncopes,* ou plus simplement de tendance syncopale, d'état vertigineux, voire même de faiblesse et d'étourdissement.
2) *Les signes d'anémie aiguë;* ceux-ci se subdivisent en *signes généraux, état du pouls,* de la tension, anémie cérébrale, etc., et en *signes locaux* qui sont des *signes d'épanchement intra-péritonéal,* mis en évidence par l'examen de l'abdomen.
3) *Les signes du Douglas,* car il y a des signes nombreux; mais un seul signe est d'une importance considérable: *c'est la « sensibilité exquise » du Douglas ou signe de Proust.*
4) On trouve toute une série de signes complémentaires, les uns importants, comme *« la douleur tardive élevée » de Laffont,* les autres franchement quelconques, comme le signe de Cullen, la voussure sous-ombilicale, etc...
5) Enfin l'anamnèse qui, en cas de doute, souvent établit le diagnostic, grâce aux petites crises douloureuses crampoïdes, aux métrorragies, en particulier aux « règles sépia ».

En pratique, on n'aura jamais recours à ces signes complémentaires; ils ne sont là, pourrait-on dire, qu'à titre d'agrément, pour décorer, enjoliver la scène. Toutefois le signe de Laffont prend une importance particulière, parce que le fait de ne pas le connaître peut amener, dans des cas atypiques, une erreur complète, grave en conséquences.

LA DOULEUR PELVIENNE SPONTANEE. SA TENDANCE SYNCOPALE.

Folke Moller [7] trouve la douleur pelvienne dans 94 % des cas, et le collapsus dans 44 %. On peut donc dire que la douleur pelvienne existe constamment dans les cas de rupture; dans les cas d'avortement avec hémorragie grave, sa présence est aussi la règle. Tous les auteurs, depuis Lawson Tait [8], ont parlé de cette douleur et s'y sont très largement étendus, aussi bien au point de vue de ses caractères qualificatifs, qu'au point de vue de sa localisation.

Lillian Farrar [9] a dressé un tableau complet de ces localisations.

Ce même auteur, sur 186 cas de grossesse extra-utérine, présentant une douleur pelvienne, note que 35 fois, elle était terrible, etc... Or ces 35 cas correspondent à des ruptures suivies d'hémorragie abondante, 27 fois elle était sévère, pénible, et dans cette deuxième classe, on trouve 20 inondations. Enfin ils ont 110 cas où elle est comparable à une crampe, aux douleurs de l'accouchement, à un lumbago, etc. La presque totalité de ces cas correspond à des grossesses intactes, ou à des grossesses avortées ou rompues, compliquées d'hématocèles.

Donc, cette douleur pelvienne est un des symptômes prédominants de la grossesse ectopique; elle se caractérise en outre par l'état de shock qui l'accompagne, par la tendance syncopale. « Toute femme d'âge obstétrical accusant une violente douleur abdominale, accompagnée de shock ou de syncope, même transitoirement, peut être considérée comme un cas possible de gestation extra-utérine en voie de rupture, jusqu'à preuve du contraire. » (S. Heaney).

Nous reprenons donc son étude, en nous attachant surtout à ses formes anormales. Le plus souvent, la malade surprise au cours de ses occupations par une douleur violente intolérable, s'arrête nette, surprise, figée, et elle s'évanouit, ou présente des vertiges qui l'obligent à se coucher; il est plus rare que la malade reste debout à comprimer son bas-ventre douloureux. Enfin le début peut être si rapide, si brutal, que la malade ne sait rien.

CARACTERE DE LA DOULEUR.

C'est avant tout une douleur soudaine et d'emblée à son apogée. Son siège initial est le bas-ventre, soit un côté, soit

tout le bas-ventre, entraînant immédiatement un état syncopal.

Elle apparaît brusquement, ou fait suite aux petites douleurs pelvienne que l'on trouve dans la grossesse ectopique en évolution.

Elle apparaît sans cause, ou à la suite des petits accidents que nous avons précédemment énumérés. Tous les superlatifs employés pour décrire la douleur de la pancréatite hémorragique s'appliquent à cette douleur pelvienne, elle sera exceptionnelle, extraordinaire, excessive, terrible, intolérable à hurler. Son intensité est souvent telle, que la malade s'évanouit, et l'évanouissement sera d'autant plus précoce, que la malade aura été surprise plus soudainement.

Les malades disent avoir ressenti un coup de poignard, une déchirure, une brûlure au fer rouge. Souvent même, elle a été si brusque, que la patiente ne peut la décrire, surtout si la syncope l'a surprise de suite, elle dit d'abord avoir eu très mal, c'est tout. « Le début? Par une douleur très vive dans le bas-ventre. Où? La malade ne sait plus. Qu'importe; il a fallu la coucher aussitôt et traiter la syncope qui a suivi; la perte de connaissance a pu être prolongée, certains shocks sont graves. Maintenant l'entourage trouve la malade mieux. » (Mondor).

Plus rarement, elle peut être progressive; elle continue alors graduellement avec les petites douleurs pelviennes des jours précédents; de sourdes et de crampoïdes qu'elles étaient, elles prennent de l'intensité, et la malade se couche, puis se relève, la douleur ayant cessé ou s'étant considérablement atténuée, et c'est alors la reprise par une douleur terrible. Quelquefois, au contraire, malgré le repos au lit, la douleur persiste tout en devenant plus violente; la syncope en pareil cas peut aussi se produire, mais en général, elle n'a pas lieu; la malade se trouve faible, elle a des vertiges, une tendance à la torpeur ou à l'agitation, la trompe gravide s'est rompue, ou il y a eu avortement et l'hémorragie produit l'anémie.

Enfin il peut arriver que la douleur pelvienne se résume à de petites crampes, et cependant il y a inondation; on se trouve alors en présence d'une inondation sans signe, rareté, au point que lorsqu'un gynécologiste ou un chirurgien en sont témoins, ils publient le cas *).

Entre ces deux variétés extrêmes, tous les intermédiaires. Ainsi une femme répond au médecin qui l'interroge: « J'ai été prise brusquement de douleurs dans le ventre et dans les reins; je croyais que j'allais accoucher, et j'avais des vertiges ».

*) Cf. IIIe partie: Les formes silencieuses.

Cette douleur qui marque le début de l'inondation, se caractérise dans la majorité des cas par son apparition brutale, par son intensité qui d'emblée est au maximum, et surtout par sa tendance à la syncope.

Mais il est vrai, comme le fait remarquer Mondor, que bien des femmes ont des syncopes dans tout shock abdominal: occlusion, appendicite aiguë, perforation d'ulcère. Un caractère distinctif est que dans ces derniers cas, il s'agit d'une syncope unique sans tendance à la récidive.

Or, dans la grossesse extra-utérine rompue, la récidive est fréquente; il ne faut pas attendre cette récidive, mais comme souvent après la première crise douloureuse et la syncope, la malade se trouve mieux, elle reprend confiance, l'entourage aussi, puisque la pâleur a disparu, et que les douleurs se sont atténuées, ont même cessé, et alors c'est l'apparition d'une nouvelle crise avec une nouvelle syncope. Tel le cas d'une malade, dont les premières douleurs violentes, accompagnées de syncope, se sont produites à six heures du matin; elle ne s'est rendue à la clinique que le soir à 19 heures, après plusieurs crises douloureuses, accompagnées d'évanouissements fréquents.

Comment expliquer cette douleur brutale avec syncope? Par un phénomène de shock dû à l'irritation du péritoine par le sang épanché?

Non. On sait que le péritoine est très tolérant au sang; ainsi, dans les hémorragies internes, il y a peu de douleurs ou pas de douleurs.

D'autre part, si cette douleur avait son origine par irritation du péritoine, nous devrions avoir une contracture abdominale comme dans les péritonites, les ulcères perforés. Or, la majorité des femmes porteuses d'un hémopéritoine se présente avec un abdomen un peu ballonné, un peu tendu, mais sans contracture.

Il semble donc que cette douleur brutale ne peut être causée par l'irritation du péritoine pariétal.

Il est vrai qu'il existe des cas de rupture de grossesse tubaire, mais ces formes péritonitiques sont peu fréquentes, et nous les retrouverons au cours de cette étude.

Cette douleur pelvienne se trouve plus rationnellement expliquée par les traumatismes que subissent les *terminaisons nerveuses du plexus vago-sympathique pelvien*, au moment où se produit la rupture.

Cette manière de voir explique la présence des petites douleurs pelviennes qui précèdent presque toujours la grande douleur, souvent même à des intervalles de temps de deux, trois semaines et plus.

Cette opinion est soutenue par de nombreux opérateurs américains, en particulier S. Heaney, Lillian Farrar, De Lée, Leriche, dans ses cours cliniques à Strasbourg, partageait cette opinion.

A cette thèse s'oppose la théorie ancienne de Lawson Tait, pour qui les douleurs pelviennes et la syncope traduisaient l'irruption des premières gouttes de sang dans le Douglas, la réaction étant variable, à peine marquée, ou au contraire accusée, suivant la plus ou moins grande tolérance du péritoine, tolérance propre à chaque sujet.

Actuellement, ces deux opinions ne s'opposent plus, et Beau [10], dans sa thèse, admet la participation des deux processus, Mulier également.

LA TENDANCE SYNCOPALE.

L'inondation péritonéale de la grsosesse extra-utérine se caractérise par la douleur pelvienne, associée à des syncopes; syncopes qui récidivent.

Dès l'apparition des douleurs et de la première syncope, celles-ci récidivent à des intervalles de temps variables, très rapprochés parfois. « Une malade s'évanouit pour la première fois à midi; portée au lit, elle ressent des crampes dans le bas-ventre, mais se trouve bien; une heure plus tard, ces crampes deviennent très fortes, lui arrachent des cris, et elle perd connaissance une seconde fois; elle fait appeler un médecin, et au moment de sa visite, un nouvel évanouissement la surprend; cette femme s'était évanouie trois fois en moins de deux heures et demie.

Une autre malade que nous avons vue cette année, en avril, a eu une première syncope le matin, chez un médecin; elle souffrait peu du bas-ventre, au point qu'elle rentra à la maison à pied. Une fois chez elle, elle se sentit mal: « J'avais la tête vide, elle me tournait. » Alarmée par ces signes, elle vient à la clinique à pied, où on lui trouve un status de grossesse extra-utérine, avec un état général excellent, au point qu'on ne juge pas l'opération immédiate; mais moins d'une heure plus tard, c'était la syncope avec tous les signes d'anémie aiguë, et l'intervention montra un abdomen plein de sang liquide.

En pratique, on peut dire que dès la première syncope, d'autres syncopes vont suivre si l'on n'opère pas immédiatement. Cependant il existe des cas, où les syncopes se produisent à des intervalles beaucoup plus éloignés: plus de 4 heures même séparent la première syncope des suivantes.

Obs. n° 199, 1922. *Gyn.*

Une malade de 32 ans, ancienne annexite à droite, constatée lors de l'intervention, a eu ses dernières règles le 5 janvier 1922.

Au début février, elle a ses règles: « J'ai perdu un peu, mais pas comme d'habitude », dit-elle. Puis, dans les jours suivants, elle présenta de vagues douleurs dans le bas-ventre, douleurs auxquelles elle ne prit pas garde. Et vers la mi-février, en étendant du linge, elle fut terrassée par une syncope; revenue à elle, elle ne ressent aucune douleur et reprend son travail le lendemain.

Vers la fin février, ses douleurs réapparaissent, crampoïdes, irrégulières. Le 12 mars, une seconde syncope vient arrêter la malade; revenue à elle, elle saigne un peu, et n'a pas mal au ventre; aussi reprend-elle son travail, qu'elle est obligée de cesser le 19 mars: son bas-ventre lui fait mal, et continuellement, elle sent la tête lui tourner; enfin, le 20 au matin, nouvelle perte de conscience. Au courant de la journée, les syncopes se reproduisent les unes après les autres, et c'est dans un état syncopal accusé, que la malade, en anémie aiguë, est amenée à la clinique, où l'intervention montra une trompe rompue en plusieurs points au niveau de l'ampoule; l'abdomen était plein de sang liquide récent, et de vieux caillots.

Suites normales.

C'était un cas de rupture en plusieurs temps, avec hémorragies successives, que la patiente avait relativement bien supportées; elles n'avaient pas été assez abondantes pour donner un syndrome d'anémie aiguë, et seules les syncopes avaient traduit la succession de ces ruptures.

La malade « avait tenu bon », mais aussi quel hasard, et l'on se demande comment, avec une symptomatologie aussi grave, une femme puisse ne pas plus s'intéresser à son état, au point de ne pas demander la venue d'un docteur.

Il y a des ruptures en un temps, cataclysmiques, tuant la malade en deux heures.

Il y a des ruptures en deux temps, trois temps.

Il y a des cas d'hémorragies successives (Mondor), mais à chacune de ces ruptures, de ces hémorragies, il y a des douleurs aigües, violentes, avec syncopes, lipothymies, ou vertiges.

Heureusement d'ailleurs, la brutalité de la douleur, la syncope sont des manifestations si graves, que les patientes font venir d'urgence le docteur, et celui-ci ne doit pas être optimiste, abstentionniste; il ne doit pas méconnaître la gravité de ces ruptures; il a, pour y penser, les douleurs, la syncope, et les antécédents d'anémie. Cependant, en relevant des observations, nous avons trouvé des cas typiques, où la malade, dès la première syncope, s'était alarmée à juste raison, et où le médecin, optimiste, ne jugea pas l'état grave et faillit perdre sa malade, bien que les antécédents, douleurs pelviennes, syncopes, étaient là, à crier le diagnostic.

Obs. n° 108, 1919, *Gyn.*

Mme E..., 25 ans, a eu deux accouchements normaux; elle

est envoyée à la clinique le 18 février 1919, pour syndrome abdominal, par son médecin.

Cette femme est amenée en anémie aigüe, toute décolorée, avec un pouls tout petit, à 100.

L'abdomen est très douloureux, surtout le bas-ventre. Matité nette de plus d'une largeur de main au-dessus de la symphyse. Douglas sensible; le cul-de-sac antérieur fait saillie dans le vagin; utérus un peu grossi.

Le diagnostic d'extra-utérine rompue est posé, et l'on se prépare à intervenir.

On apprend alors que cette femme, toujours réglée régulièrement, a vu ses dernières périodes le 18 décembre 1918. Le 16 janvier, elle perd du sang, sang plus clair, dit-elle; cet écoulement dure jusqu'au 19; elle ne souffre pas. Le 16 février, brusquement douleurs très violentes, accompagnées de syncopes; elles se répètent le lendemain. Le médecin, consulté dès le 16, n'envoie la malade à la clinique que le 18, puisque les accès douloureux et les syncopes ne cessent pas.

L'intervention pratiquée immédiatement, montra une grande quantité de sang liquide et de caillots dans la cavité péritonéale. La trompe droite est rupturée, rupture de la taille d'une pièce de 50 centimes, sur une nodisité isthmique de la taille d'une noix. Ne saigne pas; on voit à travers la brêche l'oeuf. Grossesse de quatre à six semaines.

Après opération, état grave, par anémie. A partie du 22 février, état satisfaisant. La malade quitte la clinique le 6 mars.

Il peut arriver que la patiente ne présente aucune syncope, pas même la sensation de vertige; les douleurs pelviennes sont alors de faible intensité.

Obs. n° 651, 1922, *Gyn.*

Mme A..., 37 ans. Deux accouchements normaux, le dernier il y a huit mois. Est envoyée à la clinique par un médecin de la campagne qui suspecte une extra-utérine. Ses dernières règles remontent au 25 juillet. La femme n'a présenté aucun symptôme jusqu'au 18 octobre. A cette date, apparition subite de fortes douleurs dans la région vésicale; ces douleurs, de type crampoïde, bientôt se généralisent à tout l'abdomen. Dans le courant de la nuit, ces douleurs cessent, pour réapparaître le lendemain 19, sous forme de crampes. La malade est lasse et pâle, d'après ses dires. Aujourd'hui, 20 octobre, elle ne ressent plus rien, mais elle a vomi deux fois. Elle ne s'est jamais évanouie.

A l'admission, femme pâle; pouls rapide et régulier et bien frappé.

La palpation de l'abdomen montre une petite résistance dans les parties basses; il y a un peu de ballonnement, et la percussion met en évidence une matité dans les flancs.

Le toucher pratiqué par le Prof. Schickelé montre un utérus un peu agrandi, en position intermédiaire. Culs-de-sac douloureux, le Douglas en particulier.

On admet alors, en s'appuyant sur les antécédents et le status, l'existence d'une grossesse extra-utérine rompue, et l'on décide d'intervenir de suite.

Après labarotomie, on trouve une inondation de moyenne importance; on attire la trompe droite qui est gravide; elle présente une large déchirure dans sa partie ampullaire; sa musculature est bien développée; il y a hypertrophie de la paroi; l'oeuf en entier est dans la trompe. Annexectomie droite. Suites normales.

Nous avons dit déjà que chez la femme, tout drame abdominal, qu'il soit d'ordre médical, ou d'ordre chirurgical, s'accompagne facilement de syncope, et dans ces affections abdominales diverses, on peut trouver tous les degrés de l'état syncopal, de même qu'on les trouve tous dans les ruptures de grossesses tubaires ; mais dans ces diverses maladies, la syncope est *unique* et suit en général moins précocement la douleur initiale.

En effet, dans les ruptures de grossesse extra-utérine, dans les avortements tubaires se compliquant d'inondation, la syncope peut être si brutale, si rapide, que dans bon nombre de cas, la malade est surprise à la fois par la douleur et la syncope; elle ne sait pas, quand elle revient à elle, ce qui lui est arrivé; elle sait seulement que lorsqu'elle a repris conscience, elle avait très mal dans le bas-ventre, que sa douleur ne s'est pas modifiée..., et qu'elle s'est évanouie à nouveau, au bout d'un temps variable, quelques minutes à quelques heures: la malade dit: « J'ai perdu connaissance à nouveau »; l'entourage, s'il a été témoin du premier accident, dira: « Ça l'a reprise ». Les syncopes à répétition ne sont pas exceptionnelles, si on laisse la patiente sans le secours immédiat de la chirurgie.

La syncope qui suit la douleur pelvienne brutale, paraît due à un état de shock: mais si l'hémorragie est très abondante, la syncope se trouve alors continuée par l'anémie suraigüe, qui se traduit par décoloration totale des téguments et des muqueuses.

Quand l'hémorragie n'est pas aussi grave, l'état syncopal se dissipe, la malade se recolore, parle: elle se sent mieux: la malade et l'entourage reprennent confiance.

« Tout le monde croit s'être inquiété à tort », et brusquement, une nouvelle syncope terrasse la malade; c'est la récidive. Il ne faut pas attendre cette récidive, car on sait que dans la grossesse extra-utérine, la syncope est un signe de rupture, et, plus rarement, d'avortement tubaire: c'est donc un signe d'hémorragie intra-abdominale.

Il est préférable, bien souvent, pour la malade, qu'elle soit terrassée par une syncope: la malade, son entourage sont atterrés: la notion de la gravité leur saute aux yeux, et l'on fait appeler immédiatement un médecin. Au contraire, si la femme n'a eu que de petits étourdissements, et que la douleur pelvienne

s'atténue, la patiente reprend confiance; « ce n'est rien, avec du repos, ça passera », dit-elle, même si elle ne reste pas indifférente à son état; son état ne la préoccupe pas au point d'appeler le médecin de suite, surtout s'il y a un peu de nausées, un vomissement; la malade a eu froid, c'est une indisposition, qui s'explique d'autant mieux qu'elle attend ses règles. Et pendant ce temps, la malade saigne cependant, et bientôt ce sera la syncope grave accompagnant la recrudescence des douleurs et escortée de toute la symptomatologie de l'anémie aigüe.

Certaines femmes supportent bien le début des accidents; leur séreuse se laisse « remplir » de sang, sans « protester », et ce n'est que lorsqu'un certain seuil est atteint, que la douleur et la syncope se produisent. Il ne faut donc pas toujours s'attendre à avoir la douleur brutale et syncope comme premier signe; il faut tout noter, et en particulier s'arrêter sur l'état vertigineux, image réduite de la syncope. Cet état doit retenir toute l'attention du chirurgien, du médecin. Il peut être, en effet, la manifestation precoce d'une inondation péritonéale lente, qui ne donnera des accidents bruyants que lorsque l'hémorragie aura atteint un certain seuil (Forgue).

Nous relevons ici ce que Folliasson [11], de Grenoble, écrit à ce sujet:

« De cette réaction variable du péritoine vis-à-vis de la rupture et du sang épandu, se tire d'elle-même la déduction pratique que ce n'est pas la plus grande hémorragie qui entraînera le tableau clinique le plus douloureux, et partant le plus impressionnant et le plus apte à faire demander le secours chirurgical immédiat. »

SIEGE DE LA DOULEUR.

Nous venons de voir les caractères de cette douleur abdominale, en tant qu' « intensité », spontanéité; voyons aussi son siège.

C'est une douleur dans le bas-ventre; la malade ne peut pas la localiser; elle dit: « C'est dans le bas-ventre... », et elle la localise d'autant moins bien, que la douleur a été plus violente. Elle sait seulement qu'elle a eu mal dans le bas-ventre, dans le ventre. D'autres fois, par contre, la douleur sera moins intense d'emblée, et la malade montrera l'endroit où cette douleur a débuté.

Si cette douleur est localisée au début, elle le reste rarement, et bientôt, elle se généralise à l'abdomen. Cependant le bas-ventre est plus douloureux, soit dans toute son étendue, soit d'un côté seulement. Le point où naît la douleur n'a d'ailleurs

pas d'importance; c'est évidemment un signe de localisation, mais un petit signe, et de toutes façons, on devra faire une laparotomie médiane, et vérifier lors de l'intervention, l'utérus et les annexes des deux côtés.

Notons en passant que les douleurs crampoïdes qui précèdent celles de la rupture, ont une valeur beaucoup plus grande, en tant que diagnostic du siège de la grossesse ectopique.

Ainsi, chez une malade opérée cette année au service, les douleurs crampoïdes, siégeant à droite, avaient précédé de trois jours la rupture, celle-ci caractérisée par une douleur brutale généralisée d'emblée à l'abdomen, et accompagnée de syncope; la malade, à peine remise de son choc, avait présenté un syndrome d'anémie aigüe par inondation péritonéale; on opéra d'urgence, et l'intervention montra une grossesse ectopique rupturée à droite.

Enfin la douleur brutale, intolérable, peut débuter en un point quelconque de l'abdomen, à l'épigastre, dans la région péri-ombilicale. etc... Ces sièges anormaux de la douleur spontanée doivent être mentionnés; quoique rares, ils n'en existent pas moins, et un praticien non averti peut se laisser dérouter par ce début à siège paradoxal. Ainsi une douleur épigastrique orientera le médecin non au courant vers l'idée d'ulcère perforé, et ceci d'autant plus facilement, qu'il aura omis d'interroger la patiente; s'il y a vomissement, l'erreur en pareil cas est presque certaine. Nous avons trouvé dans les archives un cas, où la douleur péri-ombilicale, le tympanisme firent poser le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le mal n'est pas grand en pareil cas, car l'intervention est de règle, c'est un ventre chirurgical. Par contre, s'il y a des antécédents de lithiase biliaire, et que le médecin croie à une colique hépatique et qu'il temporise, le mal peut être irréparable.

Ce serait donc une faute grave que de se laisser guider dans le diagnostic uniquement par la couleur, et surtout par sa localisation. La douleur est un bon symptôme, excellent même, mais qui est loin d'être le seul à compter. Quand elle est pelvienne, elle ne peut prêter à erreur, et en pareil cas, le seul tort du médecin est de lui donner trop d'importance. Par contre, si elle est par hasard atypique, elle peut devenir, quand on la considère seule, à l'exclusion des autres signes, une source d'erreurs. Il ne faut pas lui donner une valeur plus grande que celle qu'elle possède.

L'irradiation de la douleur est fréquente; les douleurs irradiées peuvent être paradoxales. Ainsi du bas-ventre, elle irradiera secondairement à l'étage sus-mésocolique, au dos, à l'épaule, aux lombes, au point de prendre le type des douleurs

des ulcères perforés, des cholécystites, des coliques néphrétiques. Ces irradiations de la douleur pelvienne seront étudiées tout au long du chapitre du « Signe de Laffont ». De l'étude de ces symptômes, douleurs pelviennes et syncopes, nous pouvons conclure qu'ils sont quasi constants, le plus souvent très nets, typiques; mais vouloir les avoir toujours parfaits, au complet, pour faire un diagnostic de rupture, serait une faute grave qui pourrait coûter la vie à la malade.

Nous pouvons donc dire: *douleur pelvienne, brutale, horrible, avec syncope, ou tendance syncopale, plus les signes d'anémie aigüe=certitude de grossesse extra-utérine rompue, donc intervention immédiate. La même douleur avec tous ses caractères, avec ou sans antécédents d'extra-utérine, et un syndrome minime d'anémie, ou un minimum de signes locaux, commandent l'intervention pour rupture de grossesse ectopique en cours. Les* observations suivantes viennent illustrer et justifier cette «espèce d'équation » que nous venons de poser.

I. *Douleur pelvienne et syncope plus syndrome minime d'anémie.*

Obs. n° 295, 1922, *Gyn.*

Mme V..., 25 ans, est envoyée à la clinique d'urgence par un médecin.

A son entrée, cette femme a un état général assez bon, mais elle est pâle; téguments et muqueuses décolorés; le pouls est à 108, un peu faible, mais régulier. A l'examen de l'abdomen, on trouve un ventre un peu ballonné; la palpation des parties basses est un peu douloureuse, et l'on trouve un peu de submatité. Le toucher montre un utérus agrandi, repoussé en avant; le Douglas ne bombe pas, il est sensible.

Le col, dans l'axe, est légèrement entr'ouvert. Tout en examinant la malade, on l'interroge. Cette femme qui n'a pas eu de grossesse, est régulièrement réglée; ses dernières règles normales sont du 4 au 7 mars. Ses règles réapparurent du 6 au 10 avril, et après un intervalle de six jours, la malade se remit à saigner jusqu'au 20 avril; c'était un léger suintement brunâtre. Aucune douleur durant ce laps de temps; mais le 22 avril, en sautant d'une échelle, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre, à gauche. Le lendemain, elle consulte un médecin qui, sans la toucher, lui ordonne le repos au lit et de la chaleur locale. La malade resta alitée jusqu'au 1er mai, car elle perdait chaque jour un peu de sang, en même temps qu'elle ressentait de petites crampes.

Le 1er mai au soir, elle se leva, et elle n'était pas debout depuis plus de dix minutes, qu'elle se sentit mal à l'aise; elle eut des vertiges accompagnés de violentes douleurs périombilicales; le médecin, appelé le lendemain, l'adressa à la clinique.

On posa le diagnostic d'avortement tubaire avec hémorragie possible?

A l'intervention, on trouva une quantité moyenne de sang liquide mêlé à des caillots dans la cavité péritonéale. Dans le

Douglas, un vieil hématome plus ou moins organisé. En extériorisant la trompe gauche que la palpation avait révélée gravide, on l'exprime, et par l'orifice abdominal, on fait sortir un foetus de trois centimètres et un caillot de sang.

Annexectomie — péritonisation du moignon; annexes droites normales. On referme, et 17 jours après, la malade quittait la clinique.

II. *Douleur pelvienne et syncope plus minimum de signes locaux.*

Obs. n° 167, 1928, *Gyn.*

Mme E... Th., âgée de 33 ans, a toujours été bien réglée; elle a eu huit grossesses normales, la dernière il y a quatre mois. Ses dernières règles remontent au 17 janvier.

En février, aménorrhée.

Le 4 mars, elle perd un peu de sang rouge peu abondant, l'écoulement persiste le lendemain, et elle ressent une gêne dans le bas-ventre, puis tout rentre dans l'ordre. Ce matin, 8 mars, elle tombe brusquement dans la rue; des passants font venir une ambulance qui l'amène à la clinique, où elle sort de son état syncopal, et se plaint vivement de son bas-ventre.

Le pouls est bon et bat à 88 pulsations; la malade est un peu pâle, l'abdomen à peine sensible, avec une matité remontant à deux travers de doigt du pubis.

Au toucher vaginal, sensibilité du Douglas, qui présente une masse mollasse.

Fond utérin impossible à déterminer; à droite, une tuméfaction est perçue au travers du cul-de-sac.

A l'intervention pratiquée immédiatement, on trouve le petit bassin plein de sang fluide et de caillots. On reconnaît une grossesse isthmique droite rompue, l'utérus petit, antéfléchi, et des annexes gauches saines.

Salpingectomie droite. Suites normales.

LES SIGNES D'ANEMIE AIGUE

ET D'HEMORRAGIE INTERNE.

Nous venons d'étudier la douleur pelvienne spontanée dans ses diverses modalités.

Or, rarement le médecin est témoin de la crise brutale; quand il viendra au chevet de la malade, il trouvera une femme pâle, en anémie aigüe; les antécédents et le récit du début de la maladie pourront orienter le médecin vers l'idée d'une anémie aigüe par inondation péritonéale secondaire, à une rupture de grossesse ectopique, mais souvent on se trouve en présence d'une femme qui n'est pas en état de répondre, et l'entourage ne sait rien ou peu de chose. C'est donc l'examen de la malade qui va permettre de poser le diagnostic.

Ce diagnostic se posera:

1) *sur les signes généraux d'anémie aigüe,*

2) *sur l'examen de l'abdomen.*

A) SIGNES GENERAUX D'ANEMIE AIGUE.

Voyons d'abord les signes d'anémie aigüe. Ces signes peuvent être très précoces, l'anémie souvent chevauche sur l'état de shock consécutif à la douleur, et il est très difficile de savoir ce qui revient à l'anémie, et ce qui revient au shock, car l'anémie comme le shock donnent un pouls petit, filant, imperceptible, une pâleur des téguments et des muqueuses, une respiration courte et rapide, un état de torpeur, ou plus rarement un état d'agitation, et souvent on ne différencie l'anémie du shock que par l'apparition des signes locaux d'hémorragie interne.

LE POULS.

En premier lieu, nous parlerons du pouls et de ses modifications. Le pouls est toujours modifié dans une rupture de grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale; aussi omettre de le prendre, de le surveiller dans toute suspicion de grossesse ectopique, est une faute grave.

Le pouls très souvent est à peine perceptible, filiforme, comme dans le premier cas que nous venons de citer. D'autres

fois, on le palpe, il est aux environs de 100, 120, 140, 160 même. La règle générale est de le trouver accéléré, au-dessus de 100.

Chez une femme que nous avons vue en décembre 1932, le pouls était si faible et si rapide, que le doigt ne pouvait noter son rythme, et l'auscultation du coeur révéla une tachycardie de plus de 160 pulsations.

Cependant, il ne faut pas croire que dans tous les cas, il sera aussi modifié; nous avons trouvé, en effet, de nombreuses observations où le pouls battait au-dessous de 100, à 80 même. Dans tous ces cas, à pouls non accéléré, le pouls n'était pas normal; il était faible, filant, on le sentait à peine. De très nombreux auteurs ont fait les mêmes constatations : Delbet, Hartmann, Mondor, Laffont, Houel, Thomas, Cullen, Hofstätter, etc., etc. Ainsi chez une femme à antécédents et à status typiques de grossesse extra-utérine rompue, nous trouvons un pouls faible: 88 pulsations à la minute, et l'examen du coeur montrait un choc apexien mou, et des souffles inorganiques aux divers foyers cardiaques. A l'intervention pratiquée moins d'une demi-heure après l'admission, on trouva plus d'un litre de sang dans la cavité péritonéale.

En 1922, au service, une femme vient avec une grossesse extra-utérine rompue. Tous les signes de rupture sont classiques, seul le pouls s'en écarte, il est lent, 60 pulsations à la minute. On opéra, et on trouva une inondation d'un litre environ. Après l'opération, le pouls se releva et resta normal. Nous avons trouvé plusieurs cas de bradycardie, pouls à 60-62-70 et 72; ces bradycardies au cours d'inondations péritonéales n'ont pas le pronostic fatal qu'elles ont dans les péritonites; leur cause est inexpliquée, mais il est certain qu'ici, le myocarde n'est pas intoxiqué, distinction capitale d'avec les bradycardies des péritonites où le myocarde subit l'effet de la toxémie.

Nous avons trouvé chez quatre malades, porteuses d'hémopéritoine et en anémie aigüe, un pouls dont le rythme était lent. Ce n'était cependant pas « un bon pouls ». Il était faible chez l'une; chez une autre, il était irrégulier, c'était un « mauvais pouls » avec tension artérielle basse, à faible différentielle. Chez deux d'entre elles, on a trouvé comme tension artérielle respectivement 95-65 et 85-50; chez les deux autres, la tension artérielle n'a pas été prise.

Obs. n° 354, 1920, *Gyn.*

Mme S... est envoyée à la clinique le 4 août, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, avec mention urgent.

Cette femme avait eu ses dernières règles normales le 24 juin. Le 22 juillet, elle présente un léger écoulement sanguin, qui ne dure qu'une journée, et brusquement, le 1er août, de fortes douleurs la surprennent. Elle fait appeler son médecin qui la met

au repos, pensant à un avortement. Le lendemain, les douleurs cessent, mais l'écoulement sanguin persiste. Le 3, plus aucune douleur, ni écoulement hémorragique par le vagin. Mais le 4, au matin, ses douleurs reprennent et sont beaucoup plus fortes. Au dire du médecin, la femme ne pouvait remuer ni bras, ni jambe. A son admission, même état; la face est blafarde, décolorée, les muqueuses sont d'une extrême pâleur.

L'abdomen est peu sensible, submat dans sa partie sus-pubienne, pas de fluctuation. Le pouls est lent, 62 pulsations à la minute.

Un toucher ayant été pratiqué par le médecin, on ne touche pas la femme lors de son admission à la clinique.

Nous aurons donc ici un status et des antécédents typiques de grossesse extra-utérine en voie de rupture; il n'y a que le pouls qui ait donné une note discordante. En effet, il était lent, à 62 pulsations à la minute, irrégulier et faible.

Cette légère discordance dans le type classique de la rupture importait peu; il manquait bien la rapidité du pouls; ce pouls était un mauvais pouls, avec une tension de 95/65, et l'opération immédiate vint confirmer le diagnostic posé.

On trouva un abdomen plein de sang liquide récent. Sur la trompe gauche, au niveau de l'isthme, on trouve une petite nodosité noirâtre, de la taille d'une petite noix, avec une déchirure minime au sommet de cette nodosité.

Dès l'opération, on fit du sérum intraveineux, 500 cmc. avec vingt gouttes d'adrénaline; la tension remonta, le pouls s'éleva à 100 pulsations, tandis qu'il était mieux frappé.

Les suites furent normales.

Il peut arriver aussi que le pouls soit normal, à 80, régulier, bien frappé; en pareil cas, si la femme présente un status à extra-utérine rompue, il ne faut pas se leurrer sur son état général. Il ne faut pas abandonner le poignet de la malade, son état est grave; il ne faut pas être optimiste, c'est une rémission trompeuse; en effet, si l'on reprend le pouls quelques instants plus tard, on pourra le trouver plus rapide, à 110 et même plus, ou au contraire, toujours à 80, mais il sera plus faible, irrégulier.

Une malade admise à la clinique pour grossesse tubaire rompue, en 1919, présentait lors de l'admission un pouls à 78, régulier, un peu faible, et moins d'un quart d'heure plus tard, il était petit, n'offrant aucune résistance au doigt qui le palpait, il avait un rythme de plus de 100, et la tension artérielle prise à ce moment donnait une maxima de 90 pour une minima difficile à préciser aux environs de 50.

On peut d'ailleurs, quoique exceptionnellement, avoir un pouls à peu près normal, avec un mauvais état général; en pareil cas, cette stabilité du pouls, son bon état, ne sont qu'apparents; il n'a pas encore flanché, mais il est en passe de le faire, et un rien, l'hémorragie qui continue, la résistance de l'organisme qui diminue, amèneront la chute brutale; il ne faut

donc pas, devant un pouls apparemment bon, contrastant avec un mauvais état général et un status de rupture, dire « rien ne presse, le pouls est bon », car brusquement le « bon pouls » va s'effondrer, il se maintient bon parce que la malade est inerte; il suffit à la malade de bouger un peu, de mieux s'étendre, pour faciliter l'examen, pour qu'aussitôt il devienne un pouls petit, hypotendu, rapide.

Nous avons relevé un cas de ce type. En 1926, une malade à antécédents classiques de grossesse extra-utérine, est admise au service. Elle est pâle, agitée; il y a une matité dans les flancs, le pouls est relativement bon à 92 pulsations, il est un peu faible, régulier, et vingt minutes plus tard, au moment où l'on transporte la patiente sur la table d'opération, le pouls s'accélère à 120, on le sent à peine à la palpation.

L'étude du pouls est d'une importance capitale. Car ces modifications à elles seules, permettent de poser le diagnostic de rupture, dans certains cas rares où les autres signes de grossesse extra-utérine en voie de rupture ne sont qu'ébauchés ou déformés au point de faire pencher la balance vers un autre diagnostic, annexite, kyste ovarien...

C'est ainsi qu'en 1928, le docteur Keller posa un diagnostic d'inondation péritonéale en cours, par rupture tubaire, sur la simple accélération du pouls, dans un cas où les antécédents et l'état actuel étaient peu clairs.

Obs. n° 15, 1928, *Gyn.*

Le 7 janvier 1928, une femme de 32 ans, cinquipare, est envoyée au service pour métrorragie. Cette femme, régulièrement réglée, n'a pas revu ses règles depuis le début octobre 1927. Au courant d'octobre, elle a saigné un peu; elle va voir son médecin, se croyant enceinte: celui-ci ne confirme pas la grossesse, pas plus qu'il ne la nie.

En novembre, la malade n'accuse aucun trouble et ne saigne pas.

Au début de décembre, elle se remet à saigner et accuse des douleurs crampoïdes dans le bas-ventre: elle a des mictions douloureuses. Cet état se maintient durant tout le mois de décembre: la malade localise un point plus douloureux à droite.

Au début du mois de janvier, ses douleurs deviennent plus vives; le ventre se ballonne un peu, il n'y a pas arrêt des gaz, ni arrêt des selles. Vue par un docteur, celui-ci adresse la malade à la clinique le 7 janvier, sans diagnostic, pour qu'on éclaircisse ce cas qui l'embarrasse.

A l'admission, pouls régulier, bien frappé, 75 pulsations, tension artérielle 130/65.

La paroi abdominale présente de nombreuses vergetures: elle est un peu douloureuse à la palpation, surtout à droite, où l'on a l'impression de palper une masse tumorale. On ne trouve pas de matité.

Au toucher, on sent un col un peu gros, un utérus rétro-

fléchi, également agrandi, difficilement mobilisable; les culs-de-sac sont un peu douloureux, et l'on sent en avant de l'utérus une masse oblongue, couchée obliquement à droite, et s'étendant un peu vers la gauche.

On pose alors le diagnostic de tumeur anté-utérine, hématocèle ou kyste ovarien..., et l'on garde la malade sous étroite surveillance, avec une vessie de glace sur le ventre.

Le 8 janvier, la température est à 38, le pouls à 92; la femme est pâle; même état local; on reste encore sur l'expectative, vu que la palpation ne révèle rien de nouveau.

Le 9 janvier, la malade est pâle, anxieuse de son état, un peu agitée, les muqueuses sont décolorées. Température 38, pouls à 100, abdomen plus sensible: on ne sait s'il y a du sang liquide dans la cavité péritonéale.

L'état s'était aggravé; le diagnostic d'extra-utérine se précise et l'on décide d'intervenir. Au cours de l'examen, le pouls s'est accéléré à 110-120 pulsations à la minute.

Opération:

A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine est bleuté dans sa partie inférieure. A l'ouverture du péritoine, il sort une quantité moyenne de sang liquide; on refoule les anses intestinales, on va à l'utérus, qu'on retrouve rétrofléchi, refoulé en arrière par une tumeur ovoïde des annexes droites; les annexes gauches sont saines. On extériorise la tumeur: elle présente une fissure à sa partie inférieure, et en essayant de la cliver d'une anse intestinale à laquelle elle adhère, elle se rompt au niveau de la fissure: il en sort un foetus de trois mois. Annexectomie, fermeture de la paroi.

La malade guérit de son extra-utérine; elle fit une petite bronchopneumonie, et quitta le service fin février totalement remise.

Ici, on s'était trouvé en présence d'une rupture lente, et seuls les signes d'anémie avaient permis de faire le diagnostic certain.

Ces signes d'anémie étaient peu marqués; mais ils se sont présentés dans toute leur pureté; la malade n'avait pas eu de syncope, il n'y avait pas de shock abdominal, toute la symptomatologie était celle de l'anémie, à l'exception de la fièvre qui aurait pu faire pencher le diagnostic vers une annexite.

Le mauvais état du pouls dans toutes ses modalités est un signe capital, au point qu'un mauvais pouls, dans toute suspicion d'extra-utérine, en cours, ordonne l'acte opératoire. *Il ne faut pas le retarder; être abstentionniste, c'est être criminel; car malgré la glace sur le ventre et les hémostatiques, la malade est près de succomber à son inondation.*

Le mauvais pouls à lui seul commande l'intervention, à plus forte raison quand tous les signes d'anémie s'adjoignent à lui; ils ne sont pas marqués; pour les trouver, il n'y a qu'à regarder la malade; ils sont, certes, tantôt fort accusés, tantôt peu accusés. Mais ils sont là, pas toujours au complet, évidemment. Parmi

ces signes, les uns sont très précoces, telle la pâleur qui peut précéder le mauvais état du pouls, d'autres sont plus tardifs. Ce sont alors des signes de grande inondation, d'anémie marquée, comme la soif d'air, la respiration courte, la torpeur ou l'agitation.

PALEUR, REFROIDISSEMENT DES EXTREMITES, ETC...

C'est tout d'abord la pâleur qui est constante. Il n'y a pas d'inondation péritonéale sans pâleur. Tous les adjectifs sont bons pour dépeindre cette pâleur: malade blanche comme une morte, pâleur cireuse, teint blafard, faciès grippé. Cette pâleur ne se localise pas seulement au visage. On la trouve généralisée à tout le corps, les téguments sont décolorés, les muqueuses le sont aussi, en particulier les lèvres, les conjonctives. La pâleur des lèvres peut être moins accusée que ne l'est celle des téguments, les lèvres paraissent alors cyanotiques. Cette pâleur n'est pas spécifique de l'anémie, elle appartient tout autant au shock, et il est probable que la pâleur apparaisse par suite de l'état de shock, et que secondairement elle traduise l'anémie. Quoiqu'il en soit, cette pâleur existe, et c'est un signe qui a sa valeur, quand il vient s'ajouter, surtout au début, à la douleur pelvienne. On ne doit pas s'arrêter à chercher ce qui revient au shock abdominal et ce qui revient à l'anémie. On ne doit pas temporiser. La femme doit être laparotomisée; cependant, pendant qu'on prépare la salle d'opération, on peut donner des toni-cardiaques, et réchauffer la malade. On voit alors l'état général se relever un peu, l'état de shock s'est dissipé, et cependant la malade reste pâle; cette pâleur est alors bien le fait de l'anémie.

Comme autres signes d'anémie grave nous devons noter le *refroidissement des extrémités, du nez, des oreilles,* ou simplement la *sensation de froid.* Un stade de plus, et l'on trouve des *sueurs froides.* Quand l'anémie aigüe est aussi prononcée, il est bien rare que la malade garde toute sa lucidité; elle est dans un demi-état de torpeur, entrecoupé de perte de connaissance, et plus rarement de périodes d'agitation. L'anémie cérébrale, est alors très accusée, et la malade est dans un état très grave; cependant, on ne doit pas abandonner la partie, car même avec une anémie au « dernier degré », on peut sauver la malade. En matière de grossesse extra-utérine, il n'est jamais trop tôt, *ni trop tard pour opérer.* En effet, il y a des femmes avec inondations massives, une anémie profonde, avec sueurs froides, confusion mentale, pouls à plus de 140 pulsations à la minute, qui s'en tirent, ce qui fait dire à Cunéo: « que pour faire passer de vie à trépas ces malades, il faudrait les achever volontairement,

tellement elles sont résistantes. » L'observation suivante en est un exemple:

Obs. n° 123, 1929, *Gyn.*

Le 3 août 1929, arrive à 0 h. 30, accompagnée de son médecin, une femme de 33 ans.

La maladie a débuté hier, à midi, par une douleur brusque dans le bas-ventre, rapidement généralisée à tout l'abdomen. La malade a vomi quatre ou cinq fois dans l'après-midi, les selles et les gaz passent bien. Le soir, vers 20 heures, la malade a une syncope, et son docteur n'est appelé que vers 22 heures; il diagnostique une inondation péritonéale.

La malade est d'une pâleur extrême, téguments et muqueuses sont complètement décolorés; la malade, complètement obnubilée, ne répond que difficilement aux questions; par moment, elle s'agite, les extrémités sont froide et le visage est couvert de sueur. On ne trouve pas de pouls, l'abdomen est jaunâtre, un peu ballonné, très sensible. Surtout au niveau de l'hypogastre, la matité est nette, remonte à l'ombilic. La malade perd un peu de sang par le vagin, les culs-de-sac extrêmement sensibles, le Douglas plus particulièrement, l'utérus ne peut être délimité, et on ne s'en préoccupe pas. Tandis que l'on prépare l'opération, on réchauffe la malade, et on remonte le coeur par de l'huile camphrée 10 cmc., de la caféine 0,25, et 2 cmc. de coramine. Le pouls est un peu meilleur. On intervient. Dès l'ouverture du péritoine, il jaillit un flot de sang. On va de suite aux annexes; à droite, à mi-longueur, on trouve la rupture. L'oeuf présente le volume d'une grosse noix; la trompe se déchire au cours des tractions. Salpingectomie. Toilette du péritoine, et l'on ferme au plus vite.

L'état est alarmant, malgré 750 cc. de sérum sous les seins, fait durant l'intervention; on ne trouve pas de pouls, on fait du camphre, du cardiazol et 500 cc. de sérum; on masse le coeur. Peu à peu, le pouls revient, et la malade se réveille.

A huit heures du matin, le pouls faible est à 140, le teint est plombé, terreux, la face très pâle; on refait 500 cc. de sérum. Le pouls est meilleur. La malade est dans un état satisfaisant, à partir du quatrième jour après l'opération.

La convalescence fut longue; la malade fit, en effet, une légère bronchopneumonie et une varico-phlébite de la jambe droite.

On peut avoir aussi, dans de telles hémorragies, *une polypnée très marquée;* la femme a soif d'air, elle est haletante, et tout cela un pouls de plus de 140. Il peut même apparaître une cyanose des extrémités, des lividités. Si l'intervention est rapidement pratiquée, de telles malades peuvent se sauver, elles se sauvent d'autant mieux que l'on est moins loin du début des accidents. Une femme, venue dans un état très avancé, a pu être sauvée. Le début des accidents remontait à 12 heures, tandis qu'une autre, dont nous reproduirons l'observation, bien que venue dans un état apparemment semblable, succomba. Il y avait plus de 24 heures que la maladie avait débuté, depuis

plus de 24 heures cette malade luttait contre l'anémie, son organisme était à bout.

Obs. n° 4, 1925, Gyn.

Mme M..., 28 ans, est envoyée d'urgence par un médecin de la campagne, pour grossesse extra-utérine rompue. L'état de la malade ne permet pas de prendre les antécédents. On sait seulement que ses dernièrs règles dataient du 10 novembre 1924. Le 10 décembre, elle avait saigné un peu. Le 31 décembre, elle avait eu de fortes douleurs abdominales, et un évanouissement. Puis tout est rentré dans l'ordre. Le 1er janvier, elle se lève, et à 13 heures, douleurs intolérables du côté gauche, qui se généralisent à tout le bas-ventre; envie de vomir, syncope répétée. Le médecin la voit à 5 heures du matin, et l'adresse à la clinique, où elle arrive à 6 h. 45.

A l'admission, lividité très prononcée, lèvres et pommettes cyanosées, bleuâtres ; sueurs froides. Extrémités cyanosées, froides, pouls filiforme, polypnée très marquée. Abdomen ballonné, très douloureux, matité circulaire, *cri du Douglas,* pertes sanguines, cul-de-sac gauche empâté. Opération immédiate.

Laparotomie. L'abdomen est plein de sang liquide et de caillots. La trompe gauche est grossie, présente une tuméfaction de la taille d'une prune dans la région isthmique; il y a des adhérences avec le sigma, on les détache. Salpingectomie. A droite, les annexes sont saines. On vide le sang résiduel, et on referme.

On fait 750 cc. de sérum sous les seins. On donne des toni-cardiaques. A 7 h. 50, la malade se réveille, le pouls est meilleur, la respiration est rapide, les lividités ne se modifient pas. Vers midi, le pouls fléchit, bientôt on ne le sent plus, et la femme meurt.

A l'autopsie, anémie complète des viscères. Bien qu'on ait vidé plus d'un litre de sang lors de l'intervention, on retrouve encore 500 grammes. Donc, grosse inondation péritonéale avec anémie viscérale et stase périphérique.

D'autre part, toutes les malades n'ont pas la même résistance à l'anémie, et même avec un état général moins critique, elles peuvent succomber. Il est exceptionnel qu'une malade surprise par une hémorragie cataclysmique, et opérée en moins de quatre heures, succombe. On a vu cependant des ruptures entraînant la mort en moins de quatre heures, une artère rompue s'ouvrait à plein canal dans la cavité abdominale, et la femme était saignée à blanc (Cazalis). Si la femme a supporté l'hémorragie, la règle est qu'elle supporte l'opération; les décès post-opératoires sont rares. L'observation ci-dessous est le résumé d'une inondation terminée par la mort.

Obs. n° 77, 1925. Gyn.

Mme H..., 30 ans, arrive à la clinique.

Le 4 février 1925, à 23 h. 30, dans un état très grave. Par l'entourage, on apprend que la malade s'est trouvée mal à vingt

heures du soir; syncope prolongée. Le médecin a fait du camphre et nous l'amène. Elle avait saigné un peu huit jours auparavant. Elle a vomi en cours de route.

La femme est exsangue, les extrémités froides, le pouls à peine palpable, vers 150.

Agitation marquée, confusion.

Abdomen tendu; la matité remonte jusqu'à l'ombilic; un peu de défense musculaire à gauche. Le Douglas est déplissé, très douloureux.

23 h. 45: Opération.

Il s'agit d'une inondation massive de sang frais, plus d'un litre; on vide ce que l'on peut. Sur la trompe gauche, à l'isthme, un orifice de perforation de la taille d'une pièce de cinquante centimes, laissant échapper l'oeuf. Annexectomie et excision de la corne utérine. Fermeture de la paroi. On fait un litre de sérum physiologique et de l'huile camphrée. La malade se réveille lentement, le pouls est un peu meilleur, l'agitation tout aussi marquée. Bientôt le pouls faiblit. Huile camphrée, caféine, cardiazol. La femme meurt à 2 h. 30.

A l'autopsie, anémie aigüe de tous les viscères, et dans la cavité abdominale, près d'un litre de sang résiduel coagulé.

LA TEMPERATURE.

Elle n'est pas modifiée, du moins dans les cas d'inondation péritonéale, prise dans les 24 à 48 premières heures. Dans toutes les observations publiées dans la littérature, on trouve constamment la température aux environs de la normale; elle ne dépasse pas 37,5, et les observations où on la trouve modifiée, concernent surtout de vieilles inondations en voie de résorption; la température oscille aux environs de 38, 38,5 au maximum. Cette fièvre est alors de même nature que celle que l'on trouve fréquemment dans les deux jours qui suivent l'intervention; elle est due à la résorption massive par le péritoine de sang hémolysé, à une espèce de shock anaphylactique.

Dans certains cas très graves, on peut noter une hypothermie. Cette hypothermie semble être le fait du shock, l'anémie peut aussi prendre part à cette hypothermie; la température oscille alors vers 36 degrés. A cette hypothermie s'ajoute une obnubilation mentale presque complète, les extrémités et le corps en entier sont refroidis, le pouls est très rapide, imperceptible. L'hypothermie ici n'a pas grande valeur, car elle n'apporte rien de nouveau au diagnostic; elle est seulement une indication de mauvais pronostic; elle traduit un organisme à bout, sans ressort; c'est donc un mauvais signe. Il semblerait qu'on la rencontrerait assez fréquemment dans les cas exceptionnellement rares, où la malade succombe avant qu'on ait le temps de lui porter secours, si l'on en croit Heineck [12]. Cependant, il ne faudrait pas croire que toute hypothermie est signe de décès. Dans les archives de la clinique, nous avons relevé une

observation où la malade guérit après intervention, malgré un pouls à 130, une apathie complète, un refroidissement généralisé à tout le corps, une température de 35,8, et un début par trois longues syncopes, 5 heures auparavant. D'après Pichevin [13], dans les inondations consécutives à une grossesse ectopique, il y aurait toujours une baisse de la température, cette chute n'excédant pas trois dixièmes de degré dans les cas ordinaires.

TENSION ARTERIELLE.

La tension artérielle est modifiée dans les inondations péritonéales; cette modification tient à la fois de l'état de shock et de l'anémie. La tension est modifiée dans sa maxima et dans sa minima, qui sont abaissées; la maxima plus que la minima; il y a donc une diminution de la tension différentielle, ce qui se traduit à la palpation par une diminution de l'amplitude du pouls; on le sent à peine, il n'offre pas de résistance au doigt qui le palpe. Habituellement, la tension artérielle présente une maxima de 100, 90, pour une minima de 60, 50. Avec un pouls petit, de rythme 90, 100, 110 au plus, la maxima peut s'abaisser à 80, 70 et moins, avec une minima qu'on ne peut pas discerner. D'ailleurs, c'est très rare qu'en pareil cas on s'arrête à prendre la tension, tous les autres signes sont là et établissent le diagnostic. On prend la tension quand le pouls paraît normal. Quant la pâleur est peu accusée et que les signes d'hémorragie interne sont peu nets, ou que l'état général paraisse satisfaisant, une modification de la tension est alors un argument de plus en faveur d'une hémorragie interne; ces modifications sont très peu accusées; ce n'est donc pas l'étude de la tension qui en fera décider l'intervention ou non. L'étude de la tension peut donc être souvent négligée, sans qu'il y ait à le regretter, même dans les cas difficiles. Barret [14] qui s'est attaché à son étude, n'a obtenu aucun résultat utilisable.

Jerlow [15] a fait des constatations identiques; « l'hypotension, dit-il est un signe constant des hémorragies internes libres lorsqu'elles sont récentes; elle n'est qu'un signe associé alors, devant la richesse des autres signes. » Dans les vieilles inondations, il y a rarement hypotension, et si elle existe, elle est toujours faible. La tension donne donc peu de renseignements.

RAPPORT ENTRE L'ETAT DE SHOCK ET L'ANEMIE.

Lorsque l'on voit une malade dès le début des accidents, alors qu'elle revient à elle, après la syncope, il est très difficile de savoir ce qui revient au choc réflexe, et ce qui revient à l'anémie. Les modifications du pouls, la pâleur, la chute de la tension artérielle, la torpeur, tous ces signes peuvent être mis

sur le compte de l'état de shock, mais ils peuvent aussi être la conséquence d'une hémorragie cataclysmique. Cette question est excessivement discutée. Ricard [16] admet que les phénomènes du début sont surtout dus au shock, et ce n'est qu'ensuite que viennent se surajouter les signes de l'hémorragie; ce n'est pas l'hémorragie qui déclanche les accidents, elle les continue, et parfois les renforce. A ce sujet, Ricard rapporte une observation personnelle, où la malade présentait un tableau classique d'anémie aigüe, et chez laquelle il n'y avait pas une goutte de sang épanché dans le péritoine. Les symptômes étaient conditionnés par un shock péritonéal. Cette observation est aussi un argument en faveur de la théorie qui admet la production de la douleur et de la syncope par irritation du plexus pelvien D'après Ricard [17], 8 fois sur 10, le shock est à peu près seul responsable, pendant les premières heures, du tableau d'anémie aigüe, et bien qu'il y ait déjà hémorragie, l'organisme sait lutter contre la perte sanguine; de plus, en abaissant la tension, ce shock péritonéal diminue l'intensité du débit sanguin; il y a donc intérêt à opérer de suite la patiente, et à ne pas attendre que l'état de shock se dissipe.

Patel [18] à Lyon, à la Société de Chirurgie, répondit par un fait très intéressant à l'interprétation de Ricard. Une malade qui était venue à pied à la consultation obstétricale de la Croix Rousse, rompit sa grossesse ectopique au cours de l'examen obstétrical; on la transporta d'urgence chez Patel, et bien qu'entre l'opération et le début des accidents, il ne s'écoula pas plus de dix minutes, on trouva près d'un litre et demi de sang frais dans le péritoine; l'hémorragie avait été si brutale et si grave, qu'il fallut une transfusion d'urgence pour la sauver.

Nous [19] avons été témoin d'un cas analogue cette année même *). La femme fut opérée moins d'un quart d'heure après le début des accidents, et dans l'abdomen on trouva plus d'un litre et demi de sang frais.

Condamin, Albertin, de Lyon, partagent l'opinion de Ricard.

Villard, Patel et Cotte, au contraire, font jouer un rôle primordial à l'hémorragie; pour eux, ce qui importe et prime la scène clinique, c'est le rapport entre la quantité de sang épanché et le temps. Mondor, de même que Barret, pensent que les deux formes existent, mais qu'il est cliniquement impossible de les dissocier, et on ne doit retenir qu'un seul fait: C'est qu'une grossesse ectopique interrompue et compliquée d'inondation est toujours très sérieuse, cette gravité ne tenant pas seulement à

*) Cf. Thèse, III^e^ partie.

l'anémie secondaire, à l'hémorragie, mais encore au choc péritonéal immédiat, et même vieille, elle garde un caractère de grande gravité par l'intoxication due à la résorption massive du sang épanché.

Nous avons remarqué aussi que les malades qui présentent une faible inondation à l'intervention, se remontent très vite par rapport aux malades porteuses de gros épanchements, et cependant, avant l'opération, bien souvent on ne peut dire quel est le cas le plus grave.

Les premières seraient donc des shockées plus que des anémiques, tandis que les secondes seraient plus anémiques que shockées. Nous donnons, à titre d'illustration, les deux observations suivantes:

I. — *Malade présumée shockée.*

Obs. n° 421, 1923, *Gyn.*

Mme F..., 33 ans, est adressée à la clinique le 25 juin 1923, vers minuit

Cette femme arrive dans un bon état général. Elle est envoyée à la clinique, parce qu'aujourd'hui, jour où elle attendait ses règles, celles-ci ne sont pas venues; mais vers midi, elle a eu des crampes dans le bas-ventre, et se srait trouvée mal sans perdre connaissance cependant. Le soir, nouvelle crise douloureuse dans tout le bas-ventre, avec nouvelle faiblesse. Elle a vomi et a eu du ténésme, bien qu'elle n'ait eu ni selle ni gaz.

Cette femme a toujours été bien réglée; époques douloureuses jusqu'à son second accouchement; depuis, règles indolores, durée 4-6 jours.

Dernières règles du 20 au 26 mai.

L'abdomen est un peu douloureux dans les flancs, un peu de submatité.

Au toucher, on trouve une résistance à gauche. Dans le Douglas, qui est sensible, il semble y avoir un épanchement.

On pense à une extra-utérine en évolution, et on garde la malade au lit, car il y a un bon état général avec un pouls à 92.

Le lendemain, au cours de l'examen, la malade fait une petite syncope. Le pouls est à 100, il s'accélère très rapidement, tandis que la femme pâlit et est prise de vertiges.

Toni-cardiaques usuels, et opération d'urgence.

Laparotomie médiane supra-symphysaire. A l'ouverture du péritoine, du sang fraîchement épanché fait irruption; il y a à peu près 500 centimètres cubes de sang dans la cavité abdominale.

On va aux annexes; la trompe gauche, augmentée de volume, est rompue dans sa partie isthmique. Salpingectomie.

A droite, la trompe présente dans sa partie isthmique une cicatrice de 6 à 8 millimètres de longueur (ancienne grossesse tubaire, rompue et cicatrisée?). Salpingectomie. Il y a dans le pelvis de nombreuses adhérences qu'on laisse. Toilette du péritoine. Rupture.

Dès le lendemain de l'opération, le pouls est régulier, bien frappé, 96 pulsations à la minute. Température: 37,6.
Suites normales.

II. — *Malade présumée anémique.*

Obs. n° 474, 1931, Gyn.

Le 15 décembre 1931, un confrère de la ville nous envoie au service une femme avec le diagnostic d'extra-utérine. Elle a été opérée il y a cinq ans, alors qu'elle était âgée de trente-trois ans; pas d'autres grossesses.

Ses dernières règles datent du 8 novembre.

La malade se portait bien jusqu'à hier au soir, où subitement elle fut prise par une douleur très vive dans le bas-ventre à droite. Elle a eu un vomissement alimentaire, les gaz ne passent pas.

A son admission, anémie grave, pouls impalpable; le ventre est souple, mais très douloureux; matité dans les flancs et dans les parties basses.

Au toucher, on ne trouve rien de particulier à l'utérus ni aux annexes; par contre, le cul-de-sac de Douglas est un peu déprimé et très douloureux.

Le diagnostic d'extra-utérine ne se discute pas.

Anesthésie à l'éther, et intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'incision du péritoine, on trouve tout l'abdomen rempli de sang liquide et coagulé; sur la trompe droite, près de la corne utérine, on trouve la rupture; l'oeuf fait saillie au dehors. Salpingectomie; à gauche, on trouve des adhérences qu'on ne libère pas, car la femme est au plus mal, et on referme.

On fait une transfusion de sang de 250 cc., un litre de sérum glucosé, et divers toni-cardiaques, coramine, solu-camphre. On donne un goutte à goutte rectal avec dix gouttes de digitaline. La femme se remonte un peu, mais elle est toujours très anémique.

Le lendemain 16, les gaz et les selles ne passent pas, le pouls est très rapide, à 160, la malade est agitée. Toni-cardiaques et un litre de sérum glucosé.

Le 17, même état, même traitement. Le 18, la femme a une faiblesse assez prononcée, pouls à 160. Toni-cardiaques, lavement à la bile sans résultat. Lavage d'estomac sans succès.

Le 29, la femme a des selles, l'état général est meilleur; moins d'agitation, pouls 140; toni-cardiaques. Le 20, pouls meilleur, 120: lavage d'estomac; chlorure de sodium intraveineux; toni-cardiaques.

Le 21, état satisfaisant. Toni-cardiaque. La femme entre en convalescence.

B. — EXAMEN DE L'ABDOMEN.

Par l'examen de l'abdomen, on met en évidence les signes d'épanchement; ceux-ci se traduisent par une matité des parties déclives, par du tympanisme sus-ombilical, par un ventre tendu, ballonné, et enfin par *l'absence de contracture*.

BALLONNEMENT.

Le ventre est tendu; le plus souvent, il fait un peu saillie; il bombe, il ressemble à l'abdomen d'un enfant qui a trop mangé, il y a du ballonnement; ce dernier, plus ou moins accusé, est généralisé à tout l'abdomen; le ballonnement est symétrique, et on ne voit pas la musculature faire relief, comme cela se trouve dans les occlusions; on ne voit pas non plus d'anses intestinales se dessiner.

Ce ballonnement n'est d'ailleurs pas immédiat, mais il est précoce, et comme le médecin voit la malade toujours un certain laps de temps après la crise douloureuse initiale, on peut donc dire qu'il est de rigueur. Ce ballonnement n'arrive jamais, même tardivement, à présenter un degré aussi avancé que celui qu'on trouve fréquemment dans les occlusions. D'autre part, la main qui le palpe n'a pas la sensation de distension aérique que l'on rencontre dans les syndromes occlusifs. Il est plus difficile de déprimer cette paroi, la main qui palpe sent une résistance, *le ventre est tendu,* et quand on palpe, on a l'impression de sentir une résistance liquide. Ces signes de ballonnement existent toujours. On a affaire à un ventre tendu, très tendu, ballonné.

Quelquefois ce ballonnement peut faire défaut, et l'on peut avoir sous les yeux un ventre absolument normal; de tels cas sont rares, et on ne les rencontre que dans de petites inondations péritonéales.

ABSENCE DE CONTRACTURE.

L'absence de contracture est la règle dans l'inondation péritonéale. La contracture, en effet, est un signe d'irritation péritonéale, et l'on sait que le péritoine pariétal, s'il est sain, ne présente pas de réaction en présence du sang. Lecène et Mondor n'ont jamais trouvé de contracture abdominale dans les hémorragies internes de la grossesse ectopique interrompue.

Il ne faut pas évidemment prendre pour une contracture la tension de la paroi abdominale; pour montrer l'absence de contracture, il suffit de palper à plat, les mains n'étant pas froides. Au début, il peut y avoir une certain degré de contracture réflexe, contracture provoquée par la palpation, mais bientôt, elle se laissera vaincre.

Cependant il y a des exceptions. Launay et Péquignot [20] ont observé une contracture typique; Cornu [21] a relevé deux observations de grossesses interstitielles rompues, où se dessinait de la contracture; dans un cas, la contracture était unilatérale, dans le second cas, elle était bilatérale; nous reproduisons

d'ailleurs ici cette observation résumée, ainsi qu'une autre que nous avons relevée dans les archives.

I. — *Obs. n°* 608, 1926, *Gyn.*

Mme M., 31 ans, est envoyée le 7 novembre 1926 à la clinique par son docteur, pour suspicion d'extra-utérine.

Cette femme a eu une grossesse normale en 1919. Toujours bien réglée, elle accuse une aménorrhée depuis le 26 août, avec nausées. Cependant, de temps en temps, sans qu'elle puisse préciser, elle a perdu des caillots.

A la fin d'octobre, elle a perdu une masse membraneuse sanguinolente (caduque). Aucune douleur.

Quand aujourd'hui, en prenant son déjeuner, elle a ressenti une douleur atroce et sest évanouie. Portée au lit, elle a vomi deux fois; cest alors quelle est adressée à la clinique.

On trouve une femme pâle; aux muqueuses décolorées, le pouls est régulier à 90.

L'abdomen présente *une contracture bilatérale; les muscles droits de l'abdomen se dessinent bien.* La palpation est très douloureuse avec maximum à droite. La percussion révèle une matité mobile avec la position.

L'utérus paraît de taille normale. Le Douglas, non déprimé, est peu sensible.

Les antécédents, la matité, l'anémie, font le diagnostic d'extra-utérine rompue avec inondation.

L'intervention montra une inondation moyenne de date récente, produite par la rupture d'une grossesse interstitielle droite, de trois mois.

Salpingectomie et excision de la corne utérine.

Suites normales.

II. — *Obs. n°* 391, 1928, *Gyn.*

Mme J. A..., 34 ans, toujours bien réglée, n'a eu qu'une seule grossesse, qui s'est terminée par un avortement de trois mois.

Les dernières règles remontent à six semaines. Aujourd'hui 21 juillet 1928, à 15 heures, elle est prise brusquement par une vive douleur dans le bas-ventre, avec sensation de faiblesse et de mouches volantes; elle se couche.

Vers vingt heures, les douleurs s'exagèrent; la malade fait venir son médecin, qui l'adresse au service, avec le diagnostic d'hémorragie interne.

Vingt minutes plus tard, à l'admission, on trouve une malade très pâle, téguments et muqueuses sont très décolorés, le faciès est un peu tiré, le pouls, faible, bat à 80.

L'abdomen très sensible *présente une ébauche de défense dans l'étage sous-ombilical.* Il y a des signes de matité déclive liquide et mobile.

Le col est dans l'axe fermé, l'utérus de la taille d'une petite poire. Les annexes gauches sont sensibles, le Douglas très sensible. Diagnostic: extra-utérine rompue, et inondation. On opère On trouve une cavité péritonéale pleine de sang liquide et de caillots. Les anses sont refoulées. On reconnaît une grossesse isthmique gauche rompue sur la face inférieure du kyste foetal (de la taille d'une prune). Salpingectomie partielle par excision cunéiforme. Fermeture de la paroi.

On conserve 500 cc. de sang qu'on donne en goutte à goutte rectal.

Le lendemain, bon état général; pouls à 110. La femme quitte le service en parfait état, tant local que général, 17 jours après l'intervention.

On peut donc trouver quelquefois un léger degré de contracture, mais dans la littérature, on ne trouve pas enregistré un « ventre de bois », et il semble que beaucoup de cas étiquetés « contracture » ne sont que des cas de distension très prononcée. Chalier [22] a trouvé un ventre tendu, qui ne se laissait aucunement déprimer; il était tendu comme un ballon; il y avait de la tension, mais ce n'était pas une contracture vraie; en l'occurence, il s'agissait d'un épanchement sanguin intra-péritonéal de plus de deux litres. Peu de temps après Chalier, Violet [23] rapportait à la Société de Chirurgie de Lyon un cas de rupture tubaire avec inondation péritonéale, compliquée de pyosalpinx rompu; ici il y avait un ventre de bois typique, une température à 39°, des vomissements alliés à un syndrome d'anémie aigüe; la contracture était alors le fait de la péritonite coexistante, péritonite qui emporta la malade six heures après l'intervention.

La contracture abdominale est absente dans l'inondation péritonéale. Proust dit à ce sujet: « L'inondation péritonéale est un des seuls cas où ce signe merveilleux qu'est la contracture et qui indique la réaction péritonéale, soit en défaut. »

LA DOULEUR PROVOQUEE.

Lors de la palpation de l'abdomen, on réveille à peu près constamment une douleur, si celle-ci n'existe pas spontanément, ce qui est rare, car après la grande crise douloureuse, il persiste un fond douloureux, ou même assez souvent de violentes douleurs qui par le toucher sont exacerbées.

Quand la douleur reste localisée, la palpation entraîne une recrudescence localement, et fréquemment elle la généralise à tout l'abdomen. Quand cette douleur prend tout le ventre, la palpation permet parfois de découvrir un point plus sensible. Il suffit de parcourir des observations, pour trouver que « l'abdomen est douloureux, à la palpation, surtout dans le bas-ventre, à droite; l'abdomen est partout sensible, mais plus particulièrement au niveau de la région suspubienne ».

La douleur provoquée présente en général son maximum d'intensité au niveau des parties basses; mais elle peut avoir des sièges paradoxaux. Rochet et Labry [24], chez une femme qui ne présentait pas de contracture, et dont la douleur initiale avait été épigastrique, réveillèrent par la palpation une douleur

épigastrique, qu'on a coutume de dire « exquise », et comme le toucher vaginal n'avait donné aucun renseignement, ils opérèrent la malade pour ulcus perforé, et l'intervention montra une grossesse ampullaire au troisième mois rompue.

LA MATITE ET LE TYMPANISME.

En général, il y a matité dans l'étage sous-ombilical, et tympanisme dans la région sus-ombilicale; ces deux sièges traduisent l'épanchement. Thomas attache à leur étude une grande importance; il veut qu'on les recherche méticuleusement; il conseille même, pour faciliter la percussion, de faire une injection de morphine. Ce tympanisme est variable, on peut le trouver quelquefois généralisé à tout l'abdomen; la matité peut ne pas exister, ou se limiter à une mince bande d'une largeur de deux travers de doigt, suivant le rebord du pubis, et remontant dans les flancs jusqu'au niveau des crêtes iliaques; elle peut même être inexistante.

Elle dépend, en effet, de l'abondance de l'hémorragie. Dans un épanchement de moyenne abondance, 500 cc. à 1 litre, la malade étant dans le décubitus dorsal, on trouve le tympanisme plus ou moins marqué; il s'étend à tout l'abdomen; en bas, au niveau des parties déclives, il est limité par une bande de matité de 2 à 4 travers de doigt, remontant dans les flancs; on a donc une matité en croissant, à concavité supérieure. Cette matité est très nette quelquefois, d'autres fois, elle se résume à une simple submatité. Souvent, au niveau de cette zone de matité, la main qui palpe perçoit une résistance, différente de celle ressentie dans la zone sonore; il y a une résistance hydrique. Un degré de plus, et l'on se trouve en présence d'un grand épanchement; la matité devient très nette, elle est mobile, avec les changements de position de la malade. Elle s'étend dans le décubitus dorsal sur une étendue plus vaste, toujours en croissant, elle remonte presque à l'ombilic, et dans les flancs, on peut la voir dépasser de plus de deux paumes de main l'épine iliaque antéro-supérieure. Le phénomène du flot est alors un fait courant; tous les signes d'une ascite libre peuvent se rencontrer.

Quand les signes d'épanchement sont aussi nets, et qu'ils s'allient par ailleurs à des antécédents d'extra-utérine en évolution, à la douleur syncopale et à une anémie aigüe, le diagnostic d'inondation s'impose, et la seule voie de salut pour la malade est l'intervention d'urgence. Les exemples suivants en sont la preuve.

I. — *Obs. n°* 589, 1920, *Gyn.*

Mme J., 36 ans, est envoyée d'urgence à la clinique par son

docteur, avec le diagnostic d'extra-utérine rompue; en même temps, il joint une lettre enfermant l'anamnèse.

Cette femme n'a pas eu ses règles depuis la fin juin. Au milieu de juillet, elle a des pertes sanguines. Fin août, elle revoit ses règles(?), et jusqu'au 20 septembre, elle se porte bien; mais à cette date, elle se remet à saigner, et dans la nuit du 21 au 22, elle est prise par des douleurs atroces dans le bas-ventre; elle s'évanouit, et reste dans un état vertigineux entrecoupé de syncopes fréquentes. On appelle son médecin, qui d'urgence nous l'envoie. Dès son entrée, anémie aigüe typique, muqueuses et téguments sont très pâles, exsangues.

Etat de torpeur — apathie — syncope.

On ne peut palper le pouls, le rythme cardiaque est très rapide.

L'abdomen est ballonné; il y a du tympanisme sus-ombilical, une matité s'étendant sur une largeur de deux paumes de main dans les flancs et remontant à l'ombilic — signes d'épanchement libre — flot — matité mobile.

Elle perd un peu par le vagin, le Douglas et les culs-de-sac ne sont pas déplissés; ils sont très sensibles.

On intervient immédiatement.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule du sang en abondance.

On va aux organes génitaux. L'utérus est fixé par des adhérences, et porté par un petit fibrome. Sur la face postérieure, la trompe droite, grosse, est difficilement extériorisée, par suite d'adhérences avec l'épiploon et le ligament large. Elle est tuméfiée, bleuâtre, coudée, et présente à 2 cm. de l'utérus une déchirure d'un centimètre de long sur 0,3-0,4 de large. Annexectomie. Les annexes gauches sont prises dans des adhérences; on ne les libère pas, vu l'état de la malade.

Toilette dans la cavité abdominale — suture — sérum, camphre, etc...

Le lendemain, état grave, ballonnement, mauvais pouls ; sérum, toni-cardiaques.

Au troisième jour, état meilleur. La mlade se remonte et n'offre plus d'inquiétude.

Sortie le seizième jour après l'opération.

II. — *Obs. n°* 707, 1919, *Gyn.*

M. X., 25 ans, est admise le 13 décembre 1919, à la clinique, sur sa demande; elle n'a pas consulté de docteur.

Cette femme, dont on ne sait rien, dans les antécédents a eu un avortement en 1915. Elle a toujours été bien réglée.

Elle n'a pas eu ses règles en novembre, et les attendait pour ces jours-ci; elle le croyait d'autant plus, que ses règles sont légèrement douloureuses, et que depuis le 7 décembre, elle a eu des douleurs crampoïdes dans le bas-ventre; elle a même consulté un médecin, qui lui dit qu'elle est enceinte. Depuis le 9, elle perd un peu de sang. Ce matin, à 11 heures, subitement, à droite, elle a été surprise par de violentes douleurs; elle s'est sentie mal, cependant sans s'évanouir complètement, elle a envie de vomir. Depuis, les douleurs persistent, bien qu'il y ait un mieux relatif.

A son admission, à 13 heures, elle est pâle; le pouls est à 82, il est petit, inégal. Mais bientôt, après s'être reposée, elle

reprend bonne mine.

L'abdomen est peu ballonné, un peu douloureux à la palpation, en particulier dans le bas-ventre à droite.

On trouve une matité nette en croissant, qui se modifie avec les positions de la malade; si l'on met celle-ci sur un côté, la zone de matité s'y déplace.

A l'occasion de ce mouvement, le pouls ne se maintient pas, il devient rapide, filant.

Le toucher ne montre pas d'écoulement; le col est dans l'axe; il y a empâtement des culs-de-sac, et le Douglas est très douloureux.

On pose le diagnostic d'extra-utérine droite rompue, et l'on opère.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule du sang liquide, et l'on trouve une grossesse ampullaire de trois mois rompue, suivant une brèche de deux centimètres sur quatre millimètres située à la face supérieure. Salpingectomie.

Suites normales.

Mais il peut arriver, même dans des inondations très importantes, que l'on ne trouve pas de matité; les anses intestinales dilatées météorisées surnagent, et font un écran sonore; mais il suffit parfois de mettre la malade en décubitus latéral, pour voir apparaître une matité dans le flanc déclive. Cet artifice, intéressant en lui-même, par contre, perd d'importance en tant que diagnostic, car en général, il y a bien assez d'autres signes visibles qui permettent à eux seuls de poser le diagnostic; par contre, si le diagnostic n'est qu'ébauché, l'apparition de cette matité commande alors l'intervention, comme dans l'observation citée ci-dessous.

Obs. n° 678, 1926, Gyn.

Mme S., 35 ans, est envoyée au service le 22 décembre 1926, par son médecin.

Cette femme a eu neuf grossesses, pas de fausse-couche. Menstruation normale.

Dernières règles normales le 10 novembre 1926. En décembre, aménorrhée, jusqu'au 18. Alors qu'elle vaquait à ses occupations, elle fut prise brusquement par de fortes crampes dans le bas-ventre, en particulier dans la fosse iliaque gauche, et elle perdait en même temps du sang brunâtre mêlé à des caillots, puis sédation.

Les 19, 20, 21, les douleurs réapparaissent dans l'après-midi, puis cessent après une période de une à deux heures

Le 22, douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche, vers midi; la face devient pâle, et la femme s'évanouit. Portée au lit, elle s'évanouit par deux fois, et a des vomissements. Depuis le 18, elle a perdu continuellement des caillots et parfois des débris blanchâtres.

A son admission, à 18 heures:

Les téguments sont décolorés, la face très pâle, nez pincé, yeux excavés; le pouls est petit, 116 pulsations. L'abdomen est ballonné dans la partie sus-ombilicale; il est souple, à peine

un peu de résistance à gauche.

La percussion montre du tympanisme dans le décubitus dorsal, alors que dans le décubitus latéral, *on trouve une matité nette aux parties déclives.*

A l'examen gynécologique, on trouve un peu de sang dans le vagin, l'utérus est en position intermédiaire. Le Douglas est peu sensible; il semble y avoir un épanchement, et à gauche, dans le cul-de-sac, on trouve une masse très sensible, qu'on ne peut délimiter. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve des anses intestinales météorisées (surtout le côlon transverse) nageant sur le sang épanché. Au palper, les annexes semblent normales. On les extériorise. La tompe gauche entraîne avec elle de nombreux caillots, qu'on détache. Au niveau de l'isthme, sur la face postérieure, on trouve un orifice de rupture perméable à un crayon. Il ne saigne pas. Salpingectomie. A droite, les annexes sont normales. On vide le sang et les caillots, et on retrouve l'oeuf expulsé. Fermeture de la paroi. Les suites opératoires furent parfaites. (La femme fit au service une pleurésie tuberculeuse aigüe.)

L'absence totale de matité dans une grande hémorragie intra-péritonéale est exceptionnelle, et quand le fait se présente, le diagnostic est d'autant plus difficile que cette absence de signe d'épanchement se trouve chez des femmes dont l'inondation s'est faite lentement, sans accident brutal. Dionis du Séjour [25], Barthélémy [26], ont publié chacun un cas semblable. En 1926, à la clinique, une femme s'est présentée, suspecte d'inondation péritonéale; gardée sous étroite surveillance, on ne fit le diagnostic que lorsque la malade présenta un pouls rapide, à 104, et un léger état lipothymique Jamais elle n'a présenté de matité, et cependant on a trouvé un abdomen plein de sang récent et ancien.

Obs. n° 470, 1926, *Gyn.*

Mme H., 36 ans, est admise à la clinique le 4 août, à la demande de son médecin. Cette femme a toujours eu des règles normales, depuis l'âge de vingt ans. Elle a eu une seule grossesse en 1923, avec accouchement normal. Depuis deux ans, elle porte un pessaire pour début de prolapsus utérin.

Les dernières règles normales datent du 20 juin. En juillet, elle a un retard d'une semaine, et ses règles durent sept jours au lieu de quatre; elles sont plus abondantes; elles contiennent des caillots et des débris de membranes. De plus, ces règles se sont accompagnées d'un malaise vague dans le bas-ventre.

Le 4 août, elle lave du linge, et brusquement elle est prise de douleurs intenses crampoïdes et continues, dans le bas-ventre. Elle se sent faible, elle pâlit, et se couche. Dans la journée, les douleurs persistent et gagnent tout l'abdomen. A 14 heures, elle a eu une selle diarrhéique abondante, puis une période de mieux général, suivie bientôt d'alternatives de faiblesse avec nausées, et de bien-être relatif. C'est à ce moment que, vue par un médecin, celui-ci la fit admettre.

A 18 heures, à son entrée à la clinique, les téguments sont

un peu pâles, les muqueuses bien colorées. L'état général est satisfaisant. Pas de sueurs, le pouls est bon, 88 pulsations. Température 36,6. Les extrémités sont un peu froides.

L'abdomen est à peine ballonné. La palpation est douloureuse, elle entraîne une contracture-réflexe qu'on peut vaincre. Il y a une dolorosité plus marquée dans les deux fosses iliaques.

Elle ne saigne pas. L'utérus est un peu agrandi, le col, fermé, est un peu mou. Le Douglas est dépressible et sensible. Dans les culs-de-sac, on ne sent rien.

La pâleur et l'anamnèse font penser à une extra-utérine en voie de rupture, mais comme on ne trouve aucun signe précis, on garde la malade en observation.

A 19 h. 10, la malade est dans le même état et a une soif très vive. A 19 h. 40, comme on lui fait préciser l'histoire de sa maladie, elle dit ne pas avoir eu de gaz depuis la débâcle diarrhéique. A ce moment, elle accuse des douleurs lancinantes dans les fosses iliaques irradiant à tout l'abdomen. La palpation donne la même contracture-réflexe, et la percussion le même tympanisme.

Quelques minutes après cet examen, la malade répond mal aux questions qu'on lui pose; le pouls devient petit et s'accélère; la pâleur s'accentue, les lèvres se décolorent. La malade dit qu'elle va se trouver mal. Comme les signes d'hémorragie interne se confirment, on se décide à intervenir.

A 20 heures, juste avant l'opération, on percute à nouveau l'abdomen, la malade étant en décubitus dorsal; *on ne trouve toujours pas de matité.*

20 h. 10: narcose à l'éther, intervention. L'abdomen est plein de sang jusqu'au diaphragme, les anses intestinales distendues nagent sur le sang épandu, ce qui expliquent le tympanisme. On attire l'utérus, et l'on trouve une grossesse interstitielle gauche rompue.

Ablation des annexes gauches. Excision cunéiforme de la corne utérine. Suture. Péritonisation. Toilette de la cavité abdominale. Fermeture de la paroi. Suites normales.

On comprend aisément que lorsque l'inondation se fait lentement, doucement, les anses intestinales ne sont pas rejetées brusquement vers la coupole diaphragmatique comme dans les hémorragies brutales. Le sang s'insinue derrière les anses intestinales, les soulève, les plaque contre la paroi abdominale, et celles-ci pour peu qu'elles soient distendues, dissimulent ainsi l'hémorragie sous-jacente.

L'ensemble des signes que nous venons d'étudier n'est pas spécifique d'une inondation péritonéale de la grossesse extra-utérine, car le ballonnement, la matité dans les flancs, etc., peuvent se trouver dans une péritonite. Même si la péritonite se présente avec syncope, état de shock, douleur aigüe, on peut faire un diagnostic différentiel d'avec l'inondation péritonéale. Dans celle-ci, les antécédents, le sexe, l'absence de fièvre, le début brutal des accidents, et l'absence des contractures, font le diagnostic, tandis que la péritonité se caractérise par sa contracture.

LES SIGNES DU DOUGLAS, ET LES RENSEIGNEMENTS TIRES DU TOUCHER VAGINAL

Le toucher vaginal donne de très importants renseignements, aussi bien dans la grossesse extra-utérine en évolution, que dans les inondations péritonéales de la grossesse ectopique. Mais alors qu'au cours de la gestation extra-utérine, le signe important consiste en la perception d'une petite tumeur latéro-utérine sensible au toucher, et que l'on sent grandir, si l'on a soin de répéter les examens; au contraire, dans une grossesse extra-utérine rompue ou en voie d'avortement, il ne faut pas s'attendre à trouver un signe de localisation, une tumeur para-utérine, une annexe grossie. On ne trouve rien de cela, on trouve avant tout une sensibilité très vive, des culs-de-sac et surtout du Douglas; quelquefois on peut trouver un empâtement diffus; enfin on trouve de légères modifications de l'utérus.

SENSIBILITE DU DOUGLAS.

La découverte de la sensibilité du Douglas, l'étude, la critique de ce signe, voilà l'oeuvre de Proust [27] dont nous transcrivons ici l'essentiel.

« Lorsqu'on examine une femme atteinte d'inondation péritonéale, il est impossible de percevoir, au toucher bimanuel, le sang liquide répandu dans le Douglas. Mais si, à ce moment, on fait la palpation profonde de ces culs-de-sac, on détermine une de ces douleurs dont on a l'habitude de dire qu'elles sont exquises, douleur tellement perçante que chez les malades en demi-syncope, on leur arrache encore une plainte.

Cette douleur profonde, jointe à la parfaite dépressibilité du Douglas, constitue ce que j'appelle « le signe de Douglas ».

Il se passe, pour la sensibilité du Douglas, quelque chose de comparable à l'hyperesthésie de la paroi abdominale dans certaines formes de péritonite.

Un point est intéressant à noter: la présence de sang, qui est suffisante à exalter la sensibilité péritonéale au point qu'on réveille par le vagin, un réflexe analogue à celui que donne au

cours des laparotomies, l'attouchement direct du cul-de-sac; cette présence de sang dans le ventre n'agit nullement sur les muscles grands droits, qui ne sont pas contracturés.

C'est là un des symptômes dont le groupement permet d'établir le diagnostic d'épanchement sanguin.

Ce signe du Douglas, que j'ai signalé dans un article de janvier 1914, m'avait déjà frappé antérieurement, et je ne l'ai jamais vu manquer dans des hémorragies des grossesses tubaires que j'ai eu à soigner.

Il ne faut pas le confondre avec la sensibilité du cul-de-sac du Douglas telle qu'on l'observe dans le cas d'annexite ou d'ovaire prolabé.

Ce qui est frappant dans les inondations péritonéales, c'est le contraste entre la palpation des culs-de-sac, qui ne révèle aucune modification de forme, et la douleur extrême que détermine leur palpation profonde.

Une maladie qui, sans s'accompagner de contracture de l'abdomen, ni de modifications anatomiques des culs-de-sac, crée une sensibilité exaltée, ne peut guère être qu'une hémorragie intra-péritonéale. Reste maintenant à en apprécier la modalité et les caractères accessoires.

Ce qui prouve bien que c'est la sensibilité du Douglas qui est en jeu, et non la sensibilité de la trompe rompue ou déchirée, c'est que, dans des cas où il ne s'agit que d'une rupture très minime, difficile même à trouver au cours de l'opération, impossible à sentir par la palpation, la sensibilité du Douglas n'en reste pas moins absolument nette.

Il suffit du reste de se souvenir des constatations opératoires habituelles dans la rupture de la grossesse tubaire, pour comprendre ce qui se passe au niveau du Douglas. Lorsqu'on incise la paroi abdominale au cours d'une inondation péritonéale, on arrive, après avoir traversé des tissus complètement exangues, sur un péritoine bleuâtre et qui semble imbibé par le sang qui est contenu dans la cavité abdominale.

C'est cette modification du péritoine, cette imbibition, qui, en se rencontrant également au niveau du cul-de-sac de Douglas permet, selon mon hypothèse, d'en exalter la sensibilité révélée par la palpation profonde. »

Le signe avait été vu par Benoiste-Piloire [28] en 1918; il l'avait signalé dans les inondation péritonéales des grossesses ectopiques, mais il n'avait pas compris son importance. Depuis Proust, ce signe a fait son chemin; de nombreux auteurs l'ont vanté, en particulier Huet [29], qui, dès 1921, s'est attaché à montrer toute la valeur qu'il a dans le diagnostic des grossesses extra-utérines rompues ou avortées.

Plus tard, en 1923, Banki [30] le découvre en Allemagne, et l'étudie; il semble ignorer l'oeuvre de Proust.

Quand la symptomatologie est déjà parfaite, il ne peut qu'ajouter un signe de certitude de plus. Il est bon de toujours le rechercher, même quand aucun doute ne subsiste, sa mise en évidence ne demandant pas plus d'une minute.

Par « cri du Douglas », on ne doit pas entendre toute sensibilité du cul-de-sac postérieur, car on trouve cette sensibilité dans les péritonites, dans les pelvi-péritonites, dans les annexites. Pour qu'une sensibilité vive du cul-de-sac de Douglas soit un « cri du Douglas » caractéristique des inondations péritonéales, il faut que l'on ait affaire à un cul-de-sac postérieur, libre de toute tuméfaction, de toute masse; il doit être dépressible. Il est alors un « vrai signal-symptôme », traduisant l'interruption de la grossesse ectopique; la lésion est là, l'hémorragie aussi, et il commande l'intervention.

« Bien observé, c'est-à-dire vérifié dans sa pureté: sensibilité *indépendante de toute lésion tuméfiante*, remplissant le cul-de-sac, le signe de la douleur exquise du Douglas est presqu'aussi formel dans son commandement, que la contracture de la paroi l'est dans le sien » (Mondor).

Aussi, s'il existe, il est d'un grand intérêt dans les formes un peu atypiques, où le diagnostic est hésitant.

Obs. n° 408, 1926, *Gyn.*

Mme W..., 28 ans, est envoyée à la clinique le 25 juin 1926, pour syndrome abdominal. On relève chez elle trois grossesses, dont un avortement; le premier accouchement fut normal, sans suites; le second: suites fébriles.

Cette femme, dont la menstruation est régulière, a vu ses dernières règles du 10 au 14 mai.

Bon état général jusqu'au 24 juin, où elle ressent dans tout le bas-ventre des crampes assez fortes, intermittentes; elle perd un peu de sang et des caillots.

Le 25, à 10 heures, subitement, une forte douleur en coup de poignard dans le bas-ventre à gauche la surprend; elle se sent mal et vomit deux fois.

Transportée à la clinique, elle y arrive à 15 heures. La face est pâle, légèrement décolorée, extrémités un peu refroidies. Pouls faible: 100 pulsations. L'abdomen est souple; il n'est douloureux à la palpation qu'au niveau de la fosse iliaque gauche, et quel que soit le décubitus, on ne peut mettre la moindre matité en évidence.

Au toucher, on trouve un utérus dévié à droite; les culs-de-sac sont sensibles, surtout le Douglas qui bombe un peu, et est très douloureux.

On opère de suite, pour grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale, quoiqu'il n'y ait pas de matité.

Opération à 15 h. 30. Anesthésie générale. Laparotomie sous-ombilicale. On trouve peu de sang libre dans l'abdomen, mais tout le petit bassin est plein de caillots. La trompe gauche

est gravide; au niveau de l'isthme, on trouve une tuméfaction de la taille d'une noix, avec un orifice de rupture situé sur la face externe.

L'ovaire porte un corps jaune. Ablation des annexes, fermeture.

Suites normales.

Il permet d'éliminer d'autre part les syndromes douloureux d'ordre médical, tels que crises de coliques hépatiques, crises de coliques néphrétiques, douleurs annexielles, qui peuvent simuler une inondation péritonéale par la douleur brutale, par la syncope, par l'état de shock, par la paralysie intestinale, réflexe qui se traduit par du tympanisme. Dans toutes ces affections, le signe de Proust est absent.

Présent, il indique une lésion chirurgicale, soit extra-utérine rompue, soit péritonite, soit pelvi-péritonite.

Dans la péritonite, il est positif; il traduit, en effet dans les épanchements purulents péritonéaux, la réaction du péritoine; mais il s'accompagne d'une contracture des muscles grands droits de l'abdomen, signe pathognomonique de péritonite. L'association du « cri du Douglas » à la contracture abdominale pose le diagnostic de péritonite, tandis que « *l'association d'un signe du Douglas positif avec la constatation négative de la contracture des muscles abdominaux m'a toujours paru caractéristique d'un épanchement sanguin intra-péritonéal lié à la rupture ou à l'avortement d'une grossesse tubaire.* » (Proust.)

On saisit alors toute la valeur de ce signe dans les formes pseudo-appendiculaires de la grossesse extra-utérine rompue ou avortée; il est en quelque sorte la clef du diagnostic.

Obs. n° 58, 1930, *Gyn.*

Le 29 janvier 1930, un docteur de la ville envoie à notre clinique une malade pour grossesse extra-utérine en voie de rupture, à droite; il note que cette femme a déjà été opérée d'une grossesse extra-utérine gauche rompue, à notre clinique, en août 1926.

Cette femme de 35 ans, régulièrement réglée, a présenté ses dernières règles du 21 au 23 décembre 1929. Cependant, dans le courant du mois de décembre, elle se plaignait de nausées, et le 29 décembre, elle eut un vomissement, suivi de vagues douleurs dans le bas-ventre, à droite, s'irradiant vers les organes génitaux, ces douleurs durèrent quelques heures, et subitement, elle présenta une douleur violente, en coup de poignard, dans la fosse iliaque droite, et perdit connaissance. Un médecin appelé, après un bref examen, note la pâleur des téguments et des muqueuses, le ballonnement du ventre; il nous l'adresse d'urgence pour récidive d'extra-utérine possible, vu les antécédents.

A l'admission, on trouve une femme très pâle; muqueuses et téguments sont décolorés, le pouls est petit, régulier, 84 pulsations à la minute,

L'abdomen est ballonné, hypersensible; pas de contracture, pas de matité.

La vulve est décolorée; il n'y a pas d'écoulement sanguin; l'utérus est de la taille d'une grossesse de huit semaines. Les culs-de-sac latéraux sont un peu sensibles, et le « cri du Douglas » est très net. A droite, on palpe difficilement une vague tumeur para-utérine.

La malade a froid; on la réchauffe; on donne du camphre et de la coramine, et vingt minutes après l'admission, on opère.

La cavité abdominale est pleine de sang frais et de très nombreux caillots, dont on extrait une grande partie à la main. On saisit l'utérus qui est mou et agrandi, et tout près de la corne, en dehors de l'insertion du ligament rond, on trouve le kyste ovulaire gros comme une noix, et rompu sur sa face postérieure; par la déchirure, il s'écoule lentement du sang. On fait une salpingectomie, complétée par une excision large de la corne. A gauche, rien de spécial. Toilette du péritoine, et on referme.

La malade étant très shockée, au courant de l'intervention, on lui fait 750 cc. de sérum caféiné, et après l'opération, elle est placée la tête basse, les pieds du lit relevés. Toni-cardiaques habituels. Deux heures après, l'état de shock se dissipe, et le lendemain, l'état est parfait.

La malade quitte le service quatorze jours après l'intervention.

De même, il permettra de distinguer *l'avortement utérin de l'inondation péritonéale à symptomatologie pseudo-abortive*. Dans la *grossesse utérine interrompue*, le Douglas est indolore ; il l'est aussi dans une occlusion intestinale; la coexistence de signes d'occlusion et d'un signe du Douglas positif écarte l'idée d'occlusion, pour certifier l'inondation intra-péritonéale et commander l'intervention pour grossesse extra-utérine interrompue.

Il existe cependant une affection où le signe du Douglas peut induire en erreur, c'est la pelvi-péritonite récente à gonocoques. Banki [31] et Mondor insistent beaucoup sur ce point.

La pelvi-péritonite gonococcique passe en effet par une période aigüe avec fièvre, légère contracture, qui bientôt rétrocèdent, laissant la malade un peu pâle, fatiguée, abbattue, avec une légère accélération du pouls. Si l'on voit la patiente à ce moment, « l'embarras est grand, et il n'est pas résolu par le signe de la douleur du Douglas ». Il y a sensibilité exquise du Douglas, comme dans l'inondation péritonéale, et on ne doit pas opérer une pelvi-péritonite gonococcique. Ce sont alors de petits signes, l'écoulement leucorrhéique, l'absence de pertes sanguines, la présence de fièvre élevée les jours précédents, les douleurs qui ont rétrocédé au repos à la glace, l'absence de matité, de tympanisme, de syncope à répétition, qui feront quelquefois le diagnostic. Mais souvent, on pensera à la grossesse extra-utérine, et l'on opèrera quand même, quoique l'intervention soit

contre-indiquée. D'ailleurs, la pelvi-péritonite aigüe se présentera rarement sous un tel aspect.

Les hématocèles présentent, elles aussi, un signe du Douglas; ce signe diffère de celui de Proust, d'après Vertes [32], le Douglas ne présente pas une grande sensibilité, il bombe, il est mou, empâté, et les symptômes généraux ne sont pas graves, ce qui permet de différer l'intervention; de plus, par des touchers successifs, on le sent se modifier; de mou qu'il était, il devient plus rigide et présente des parties molles et des parties dures. Ce n'est donc pas avec l'hématocèle que le danger d'erreur est grand, et même, s'il y a erreur, elle est sans importance, puisque dans l'inondation, comme dans l'hématocèle, il y a indication opératoire.

Le signe de Proust, le « cri du Douglas » est très fréquent; cependant il peut manquer; son absence, dans un cas classique par ses autres signes, est peu importante. On se passe de lui; les syncopes à répétition, l'anémie aigüe suffisent amplement, comme dans l'observation suivante.

Obs. n° 512, 1924, *Gyn.*

Mme P..., 42 ans, est admise à la clinique le 24 avril 1924, à 17 heures; secondipare. En août, cette femme a eu un retard de règles de deux semaines; elle se croit enceinte, et pour faire revenir les règles, elle se fait elle-même des injections intra-utérines d'eau savonneuse, profitant de la circonstance qu'elle présente un prolapsus utérin mettant le col au niveau de la vulve. Elle voit ainsi apparaître quelques pertes sanguines il y a quatre semaines. Pas de douleurs. Le 21 août, le matin, en se levant la malade a une syncope. Revenue à elle, elle vaque à ses occupations, et présente durant la journée des nausées fréquentes. Un médecin est consulté. La femme garde le lit. Le 23, nouvelle syncope au lit. Depuis, la femme ne saigne pas, elle a de la diarrhée et fait syncope sur syncope. Le médecin traitant perd espoir et le mari la transporte en automobile de Sarre-Union à Strasbourg.

A son entrée, elle est pâle, consciente. Pouls filiforme: 140 pulsations.

L'abdomen est souple, absolument insensible, sans défense ni douleur provoquée. Matité semi-circulaire, remontant au-dessus du bassin, jusqu'à l'ombilic; matité immobile.

Au toucher, prolapsus avec cystocèle et rectocèle légères. Le col est fermé, l'utérus un peu grand. *Le Douglas est indolore.* Au palper bimanuel, les annexes gauches sont trouvées grossies.

Vu l'état d'anémie aigüe, les antécédents, le diagnostic d'extra-utérine s'impose, malgré l'absence des symptômes habituels. Opération d'urgence.

Abdomen considérablement rempli de sang liquide et de caillots. On extériorise les annexes; à gauche, elles sont normales. A droite, annexes grossies, entourées de brides cicatricielles; à un centimètre et demi de la corne utérine, l'isthme est rompu, et au travers de l'orifice, des villosités font saillie. Salpingectomie gauche.

Après l'opération, le pouls est toujours filiforme. Un litre de sérum physiologique, toni-cardiaques habituels. Le pouls se ralentit à 108, la femme est consciente. Suites normales.

PONCTION DU DOUGLAS.

Mais quand on se trouve en présence d'un cas sans symptômes nets, accusés, et que le signe du Douglas est négatif, la difficulté de poser le diagnostic est sur le moment même souvent insurmontable, il faudra garder la malade sous étroite surveillance et attendre.

Quelquefois même, le diagnosic ne se fera que par la ponction du Douglas, que préconise Sproat Heaney dans de tels cas, et que Villars [33] généralise, nous croyons à tort, vu que bien souvent, elle est inutile; le diagnostic clinique suffit amplement dans la majorité des inondations péritonéales. De plus, quoique le danger soit réduit, il y a toujours le risque d'accidents septiques, comme le fait remarquer à juste raison Maurity [34]. La ponction du Douglas ou signe de Küstner se trouve donc limitée à un nombre minime d'inondations péritonéales, et dans les épanchements certains, elle est formellement contre-indiquée; elle n'apporte rien au diagnostic; et c'est du temps perdu, puisque l'on doit opérer par voie haute.

SIGNE DE BERTOLINI, SOLOWIJ

Il y a un autre signe du Douglas, un vieux signe, remis en honneur par Solowij et par Bertolini [35]. Connu depuis longtemps des vieux cliniciens français, c'est un signe d'épanchement dans le douglas; on le trouve à peu près constamment dans les ascites. On sent en haut de la paroi postérieure du vagin une rénitence molle, le cul-de-sac postérieur paraît agrandi, ses parois antérieure et postérieure sont écartées l'une de l'autre. « On a dit dédoublées, c'est très juste. »

Il est rare que l'on trouve ce signe dès le début d'une inondation; il traduit en général une inondation déjà vieille, le péritoine s'est laissé déprimer, et il ne réagit plus à l'épanchement, ce qui explique que le Douglas ne soit pas sensible. Cette opinion est celle de Solowij. L'opinion de Solowij traduit la majorité des cas; elle a pour elle la constatation qu'actuellement ce signe est une rareté, tandis qu'à la fin du siècle dernier, on le trouvait souvent; or, actuellement, les malades viennent relativement précocement; le médecin, le chirurgien sont témoins des accidents au début, alors qu'auparavant, les malades ne venaient que tardivement.

Bertolini admet que ce signe peut être très précoce, et qu'on peut le trouver avec de petites quantités de sang épanché. On

ne peut nier l'existence de ce signe dans des hémorragies minimes et récentes, mais il faut reconnaître que le nombre des observations où on le cite est fort réduit. Nous avons eu la chance de le trouver relaté dans des inondations identiques à celles que Bertolini avait, lorsqu'il l'a étudié. Nous reproduisons ci-dessous un extrait de cette observation.

Obs. n° 174, 1932, Gyn.

Chez une femme ayant des antécédents et un statuts complet d'extra-utérine, à l'examen gynécologique. on ne trouva pas de « cri du Douglas » ; par contre, à gauche, il y avait un empâtement de la région annexielle, un peu de sensibilité. *Le Douglas bombait un peu.* L'opération pratiquée d'urgence, vu l'état alarmant de la malade, montra un avortement tubaire à gauche, du troisième mois, avec inondation péritonéale au début; le sang coulait par l'orifice abdominal de la trompe; l'épanchement dépassait à peine le niveau du petit bassin.

Après l'opération, le pouls est toujours filiforme. Un litre de sérum physiologique, toni-cardiaques habituels. Le pouls se ralentit à 108, la femme est consciente. Suites normales.

La mise en évidence de ce signe est difficile; il faut avoir une grande habitude du toucher pour saisir les modifications du Douglas; c'est une sensation subtile, que seuls les gynécologistes peuvent saisir facilement. De plus, ce signe est rare, car les vieilles inondations sont exceptionnelles, et sa présence au cours d'une inondation récente est aussi l'exception. Ce qui fait qu'en pratique, on ne le rencontre presque jamais, et malgré sa grande valeur, c'est un tout petit signe en comparaison avec le signe du Douglas.

SIGNE DE LA MOBILISATION DE L'UTERUS ET MODIFICATIONS DE L'UTERUS.

Dans toute inondation péritonéale secondaire à l'interruption d'une grossesse ectopique, l'utérus est difficile à mobiliser; sa mobilisation entraîne une douleur vive profonde, comparable à celle que détermine le toucher du cul-de-sac postérieur. Cette douleur à la mobilisation peut manquer, être plus ou moins accusée; quand elle existe, le signe du Douglas existe lui aussi; elle l'accompagne toujours, tandis que le « cri du Douglas » peut exister seul. Pour Vanverts [36], le signe de la mobilisation douloureuse de la matrice n'est, somme toute, qu'une manifestation très accusée du signe de Proust; en mobilisant l'utérus, on amène des tiraillements du cul-de-sac postérieur, et c'est à lui qu'on doit la douleur. C'est pourquoi Vanverts décrit ce signe comme appartenant au « cri du Douglas ».

Les modifications utérines que l'on trouve lors du toucher

sont les mêmes que celles trouvées au cours de la gestation ectopique en évolution. L'utérus est un peu gros, souvent il n'est pas ramolli; il est « d'autant plus gros et d'autant plus ramolli, que la grossesse tubaire est plus près de lui » (S. Heaney). Le corps est souvent plus élevé que normalement. Quand il y a inondation, le corps est souvent déjeté en avant, plaqué contre la symphyse pubienne. Quant au col, il peut être un peu mou; l'orifice externe peut être légèrement entr'ouvert, un peu perméable à la pulpe, un peu douloureux à la pression.

Au cours d'une gravidité tubaire, on peut toujours délimiter par le palper bimanuel le fond de l'utérus; il n'en est pas de même quand il y a inondation. La douleur du Douglas, le ballonnement, la sensibilité abdominale, l'abondance, l'épanchement, distendant le ventre, bien souvent ne le permettent pas.

Quelquefois l'utérus n'est pas modifié.

AUTRES SIGNES FOURNIS PAR LE TOUCHER.

Il put arriver qu'au cours du toucher, on trouve certaines particularités au niveau des culs-de-sac latéraux; non seulement ils sont sensibles, comme ils le sont ordinairement, mais de plus, dans l'un d'eux, on peut trouver *une petite masse mobilisable ou fixée*, très douloureuse au toucher; quelquefois c'est une simple résistance et rien d'autre. Le plus souvent, on ne trouve rien, les plus larges ruptures vidant complètement la trompe du produit de la gestation; ce sera donc dans l'avortement tubaire qu'on se trouvera en présence d'une telle éventualité.

La présence de ces signes n'entraîne pas pour autant la disparition des autres; ils sont là, en surnombre; ils accompagnent le signe du Douglas, ainsi que les autres signes d'hémorragie péritonéale.

Obs. n° 240, 1930, Gyn.

Mme M. est envoyée à la clinique pour hémorragie interne probable.

Cette femme, qui n'a jamais eu de grossesse, ne présente aucun passé génital. Ses dernières règles remontent au 13 mars.

En avril, aménorrhée; la malade les attendait pour le 10 avril. Bonne santé jusqu'au 19 avril, où, au courant de la journée, elle présente dans la fosse iliaque gauche une douleur vague, qui se répète les quatre jours suivants.

Sédation complète pendant la semaine qui suit, et réapparition ensuite de ces douleurs, celles-ci, plus brutales; la malade ne peut se tenir droite.

Durant les deux premières semaines de mai, ces crises douloureuses se répètent journellement, chaque fois plus violentes et plus longues, et s'accompagnent de sueurs froides, au point que le 14 mai, elle garde le lit, tant ses douleurs sont intenses.

Le 15 à midi, elle est prise par des douleurs en coup de

poignard dans les deux fosses iliaques et se sent faible; cependant elle n'appelle le médecin que le soir à 17 heures; elle présente alors des sueurs froides, a des vertiges et voit trouble. A son admission, on trouve une femme pâle, les muqueuses sont décolorées, le pouls encore bien frappé, à 110.

L'abdomen ballonné est douloureux, submat dans les flancs. La matrice n'est pas agrandie; on sent *à gauche une masse diffuse*, le cri du Douglas est très net.

Intervention: Dès l'ouverture du péritoine, il sort du sang frais; la trompe gauche est dilatée, dans toute sa moitié distale. Le pavillon est béant et saigne, l'ovaire adhère au pavillon. A droite, rien à signaler. Annexectomie gauche, et l'on referme.

On fait du sérum et des toni-cardiaques usuels, et deux heures après la malade est réveillée, bien colorée; le pouls est à 100. Onze jours après, la malade, en parfait état, regagnait son foyer.

Quant au Douglas, il peut lui-même *être empâté*, présenter *une résistance nette*. Le Douglas est dur, non dépressible, douloureux. Au toucher, il donne une sensation analogue à celle perçue dans de vieilles pelvi-péritonites, dans d'anciennes paramétrites; les altérations du cul-de-sac postérieur ne sont pas spécifiques. Elles sont la conséquence d'infections pelviennes antérieures, parfois passées inaperçues, et la constatation de l'induration du Douglas se fait à l'occasion de l'interruption d'une gestation ectopique. Quelquefois, on peut percevoir cette sensation d'inondation, et cependant la femme ne présente aucun passé génital, et au cours de l'opération on ne découvre aucune lésion qui puisse expliquer la non-dépressibilité du Douglas, pas même de vieux caillots.

Obs. n° 641, 1925, *Gyn.*

Mme B..., 35 ans, est amenée à la clinique le 14 novembre 1925, sur les indications de son docteur.

On apprend au cours de l'examen que cette femme, bien réglée, a eu ses dernières règles quatre semaines auparavant, jour pour jour.

La maladie remonte au début du mois, où la malade, durant trois à quatre jours, a perdu un peu de sang, à peine, au point qu'elle n'était pas obligée de se garnir.

Le 13 novembre, elle a été prise d'un peu de diarrhée, phénomène qu'elle présente habituellement la veille de ses règles. Le 14, à l'occasion d'une défécation, elle est prise de douleurs assez vives dans la région moyenne à droite de l'abdomen; ces douleurs se généralisent, tout en restant en ceinture, et passent au niveau de l'ombilic. En même temps, petite hémorragie vaginale. Pas de nausées, pas de vomissements. Les douleurs deviennent progressivement plus aigües, la malade pâlit et se refroidit.

A son arrivée, quatre heures après le début des accidents, malade exsangue, pouls à peine perceptible: 120 pulsations.

Abdomen douloureux. Matité mobile, remontant en décubitus dorsal à deux travers de doigt de l'ombilic. Pertes leucorrhéiques souillées de sang.

L'utérus est antéfléchi, de taille à peu près normale; le col est fermé.

Le Douglas est empâté et très douloureux. Vu la pâleur de la malade, le refroidissement des extrémités, et un pouls petit à 120, on opère d'urgence pour extra-utérine rompue.

Opération. Il y a beaucoup de sang liquide et peu de caillots dans la cavité péritonéale.

On attire les annexes. La trompe droite est un peu grossie, et au niveau de l'ampoule, on distingue un orifice de rupture. Le pavillon est ouvert, l'ovaire kystique contient un corps jaune.

Annexectomie droite.

A gauche, la trompe adhère un peu à l'ovaire; on la libère. Le Douglas est libre.

Suture — Suites normales.

Les signes que nous venons d'étudier nous sont fournis par la palpation bi-manuelle. Folke Moller [7] attache une importance considérable à cette palpation bimanuelle, aussi bien dans la grossesse extra-utérine en évolution, que dans les hémmorragies intra-abdominales secondaires à son interruption. Folke Moller est à notre avis trop absolu, car s'il est bien évident qu'elle joue un rôle primordial dans les grossesses ectopiques non compliquées d'inondation; il est évident aussi que lorsqu'il y a inondation, elle perd bien souvent de son importance, en particulier dans les inondations cataclysmiques, au point que quelquefois on ne pratique même pas le toucher.

Cette abstention ne doit pas être érigée en règle, et ce serait une faute grave de délaisser cette palpation bi-manuelle. Par contre, on comprend très bien qu'il est inutile de pratiquer un toucher, de palper soigneusement une malade exsangue, complètement saignée, avec une matité abdominale nette.

Obs. n° 550, 1922, Gyn.

Mme S..., 43 ans, est envoyée au service d'urgence, le 10 août 1922, avec le diagnsotic de grossesse extra-utérine rompue; cette femme a eu quatre accouchements normaux, le dernier en 1919.

Toujours bien réglée, ses dernières règles remontent au début avril; depuis cette date, aménorrhée totale.

Cette femme s'est trouvée subitement mal ce matin à 6 heures. Revenue à elle, elle ressentit de très violentes douleurs dans le bas-ventre, et fit appeler un médecin, qui ne vint qu'à 10 h. 35; il envoya la malade à la clinique; entre temps, la malade s'était évanouie trois fois.

A l'admission, état général très mauvais, pâleur extrême, face et extrémités des membres froids, pouls impalpable.

L'examen de l'abdomen, malgré une forte adiposité, permet de mettre en évidence une résistance dans les parties basses, plus particulièrement à droite; cette résistance coïncide avec une matité remontant presque à l'ombilic.

Le toucher vaginal n'a pas été pratiqué. A 11 h. 25, opération d'urgence.

Dans l'abdomen, on trouve une quantité de sang liquide beaucoup moins importante que l'on ne pensait. On palpe les

annexes, et on ramène la trompe gauche gravide, très près de la corne utérine. Sur sa face supérieure, on trouve une petite perforation, par laquelle émergent des villosités.

Excision de la corne utérine, et salpingectomie. Après opération, camphre, caféine, et sérum physiologique; malgré cette thérapeutique, l'état de la malade ne se relève pas, et elle succombe dans l'après-midi vers 13 heures.

LES PERTES SANGUINES.

Bien souvent, il y a hémorragie vaginale. C'est un léger suintement sanguin; le sang qui s'écoule est noirâtre, brunâtre; cette éventualité est fréquente; *dans les avortements tubaires*, d'après Reymond [37], elle ne ferait jamais défaut.

Cet écoulement n'est que la continuation des « règles-sépia », qui précèdent l'interruption. Parfois l'écoulement sanguin sera caractérisé par de petites pertes de sang rouge, avec ou sans caillots. Il se peut même que l'on trouve seulement une sérosité sanguinolente. Ces hémorragies externes, d'après Folke Moller, se trouveraient dans 91 % des cas. Elles ne sont jamais assez abondantes au point de faire songer à un avortement utérin, et même si elles étaient aussi abondantes, les signes utérins sont là pour infirmer le diagnostic; d'autre part, la sensibilité du Douglas n'existe pas dans l'avortement pur et simple. Il est vrai qu'à ne considérer que ces signes, l'erreur serait facile, et quelquefois le diagnostic est ardu, comme nous le verrons à propos de formes pseudo-abortives.

Il peut arriver exceptionnellement aussi que le sang tubaire reste in utéro. Brindeau, dans la « Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique », a publié un cas de ce genre. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, en voie d'avortement tubaire; la symptomatologie était parfaite: il y avait des douleurs pelviennes, les syncopes, un pouls à 90 et des signes d'anémie; les dernières règles remontaient à un mois. L'examen gynécologique montrait une matrice de la taille d'un utérus gravide de plus de deux mois, et dans un des culs-de-sac, on palpait une tumeur latéro-utérine. On posa le diagnostic de grossesse extra-utérine, coexistant avec une gravidité normale. A l'intervention, on trouva un avortement tubaire avec hémorragie au début. Salpingectomie. Dans les jours qui suivirent l'opération, la malade perdit du sang mêlé à des caillots, et au cours d'un examen ultérieur, on trouva un utérus de taille normale; il était revenu sur lui-même après expulsion du sang qu'il contenait. Nous n'avons pas trouvé de cas analogue dans les archives, d'ailleurs l'observation de Brindeau est la seule que nous ayons trouvée dans la littérature française se rapportant aux grossesses extra-utérines.

Enfin, à titre de mémoire, rappelons qu'il peut arriver que l'expulsion de la *caduque utérine* soit contemporaine des accidents hémorragiques d'un *avortement* tubaire. C'est très rare; cependant dans le courant de l'année 1933, une malade est venue à la clinique, en nous apportant sa caduque complète, dessinant admirablement bien la cavité utérine. Cette femme présentait alors un état de légère anémie; la présence de la caduque fit qu'on l'opéra de suite, et l'on se trouva en présence d'une grossesse ampullaire de deux mois, en voie d'avortement tubaire; le sang commençait à peine à s'épancher.

La présence d'un sac *caducal complet et fermé*, est un signe de certitude d'une grossesse extra-utérine en voie d'avortement, si l'on peut exclure la présence d'une pseudo-grossesse à la suite d'un corps jaune persistant (Reeb) [38]. Mais hélas, combien rare il est, et souvent la caduque sera éliminée par lambeaux, les jours précédents. En cas de *rupture* tubaire, l'expulsion d'un sac décidual complet ou de lambeaux de caduque n'est jamais *contemporaine* de la rupture, mais survient les jours qui suivent l'opération; elle n'a donc aucune importance pour le diagnostic. Pour celui de l'avortement tubaire en cours, c'est parfois le seul signe de certitude, comme c'est le cas dans l'observation que nous reproduisons intégralement ici.

Obs. n° 542, 1919, *Gyn.*

Mme K... est envoyée d'une clinique médicale, le 16 septembre 1919.

Résumé de l'observation: Grossesse extra-utérine gauche, pyosalpinx droit.

Antécédents: Le père est mort d'un accident, la mère est morte d'angine de poitrine, une soeur est morte tuberculeuse.

Antécédents personnels: Rachitisme à l'âge de trois ans. Scarlatine à trois ans et demi; rougeole à cinq ans. A l'âge de dix-sept ans, appendicite. A dix-huit ans, une maladie du foie, dont elle souffre encore. En 1917, une maladie des poumons. En 1918, elle était pendant huit semaines en traitement à la Clinique Chirurgicale pour une affection des reins et de la vessie. (Urines sanguinolentes).

Menstruation: Premières règles à l'âge de 17 ans; depuis régulières, toutes les quatre semaines, durant 2-3 jours; pertes de sang médiocres, pas de douleurs. Dernières règles le 18 juillet, avant-dernières: 18 juin.

Grossesses antérieures: 1 accouchement en 1908, à terme, spontanément. Suites normales.

Une grossesse en 1909: fausse-couche dans le quatrième mois.

Anamnèse spéciale: Depuis le mois de juillet, la malade a eu journellement des vomissements, surtout le matin. Depuis le début d'août, elle a moins vomi, mais les vertiges ont persisté. Dans la nuit du 5 au 6 septembre, la malade eut subitement des douleurs vives dans la région du foie, irradiant vers l'épaule gauche; vomissements, diarrhée, maux de tête, vertiges. Elle fut traitée à la clinique médicale et se sentit mieux. Dans la

nuit du 13-14 septembre, elle eut de nouveau des crampes dans le ventre, mais plus bas, douleurs irradiant vers le sacrum; en même temps, elle a eu des pertes de sang liquide, qui ont duré jusqu'à aujourd'hui; maux de tête, faiblesses, envie de vomir, manque d'appétit. La miction est fréquente, non douloureuse.

Un examen du sang pratiqué à ce moment montra:

Hémoglobine: 65 %.

Globules rouges: 4 millions.

Globules blancs: 8.500.

Aujourd'hui, 17 septembre, on nous transfère la malade de la clinique médicale.

Etat général: Structure assez vigoureuse, état de nutrition assez bon. Figure pâle, terreuse; muqueuses visibles, mal injectées; langue pas chargée.

Abdomen: Bas-ventre sensible au toucher, tendu. Matité à gauche, au-dessus de l'arcade crurale, ne changeant pas avec la position de la malade.

Examen gynécologique: Ecoulements sanguins. Orifice retenu fermé, devant l'axe du vagin. Dans les culs-de-sac latéraux et postérieurs, empâtement sensible au toucher. Les limites supérieures ne sont pas à fixer à cause de la défense musculaire.

Examen général:

Coeur: pas agrandi — 1° bruit impur — bruits réguliers, accélérés — pouls mou.

Poumons: s. p.

Urines: réaction acide.

Alb: 0.

Sédiments: nombreux leucocytes, quelques cellules épithéliales.

On pense à une extra-utérine. On garde la malade en observation; si rien ne change, l'opération aura lieu demain.

18. 9. 1919: *Un morceau de caduque* est expulsé avant l'opération, ce qui assure le diagnostic: extra-utérine.

Opération:

Incision médiane, entre l'ombilic et la symphyse. Dans la partie gauche inférieure de la cavité abdominale, des caillots de sang. La main qui plonge dans le petit bassin ramène d'abord une masse de sang caillé; ensuite la trompe dilatée. On l'enlève; entre deux pinces, sutures, péritonisation des moignons. A droite, la trompe est grossie; elle est également extirpée. Le Douglas est nettoyé des caillots de sang qu'il contient encore. Reconstitution de la paroi abdominale, en quelques plans de catgut. La peau est réunie à la soie.

25. 9. 1919: fils enlevés. Guérison nette. Se lève.

Diagnostic anatomo - pathologique : Avortement tubaire en train à gauche. L'oeuf est dans les caillots retirés du Douglas, il contient un foetus assez bien conservé de quatre à cinq mois.

Hydrosalpinx à droite, parois grossies.

SIGNE DE LAFFONT.

Il existe parfois, lors d'une inondation péritonéale, des douleurs à siège paradoxal; ce sont des douleurs hautes, sus-ombilicales, abdominales pures, thoraco-abdominales, ou thoraciques pures; ces dernières peuvent irradier même dans les membres.

Ces douleurs sont celles que Laffont a étudiées dès 1919, et sur lesquelles il a attiré l'attention des chirurgiens et des médecins, en particulier en 1924, dans un mémoire paru dans la Presse Médicale [39], sous le titre « *Douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire.* » Depuis cette date, il n'a cessé de publier de nouveaux cas. D'autres auteurs se sont joints à lui: Philip, Duves, etc..., et cette année même, Lagrot [40] en rapporte cinq nouveaux cas, Schebat et Ezes [41] deux cas, Laffont et Ezes [42] trois cas.

D'après Mondor, Laffont n'aurait pas été le premier à découvrir ces douleurs élevées. Guinard déjà, les avaient constatées dès 1910. D'autre part, ce signe a été retrouvé en Allemagne par Ochlicker et par Herzfeld [43]. Backscht [44] l'a recherché dans 50 cas d'inondation péritonéale. Il l'aurait trouvé dix fois. Pour Backscht, il est très important, et l'auteur conclut: « Si l'anamnèse et l'examen ne donnent pas de point de repère suffisant pour le diagnostic, ce symptôme fournit alors des indications de valeur ».

Voyons pourquoi Laffont lui donne les applications d'élevée et de tardive:

Elevée, parce que cette douleur siège, comme nous venons de le dire, dans l'étage sus-ombilical; nous trouvons donc toutes les variétés de localisation, depuis les douleurs purement abdominales épigastriques, vésiculaires, jusqu'aux douleurs exclusivement thoraciques, comme douleurs de l'épaule, douleur acromiale, scapulaire, etc., en passant par les douleurs thoraco-abdominales.

Tardive, parce qu'elle succède toujours à la douleur pelvienne; entre l'apparition de cette douleur élevée et la douleur pelvienne, on peut trouver des écarts de temps tout à fait variables, écarts de quelques minutes à quelques heures. En général, cette douleur persiste jusqu'à l'intervention; ensuite, elle disparaît.

Cette douleur tardive élevée est contemporaine du signe du Douglas, du signe de Cullen. D'après Laffont, elle serait fréquente si l'on prend soin de la rechercher; pour lui, on la trouverait dans une proportion de 25 à 30 % des cas. Ionesco [45], de Bucarest, l'a recherchée systématiquement; en 1925, sur 11, il l'aurait trouvée sept fois.

Quant à Herzfeld [43], il la trouve à peu près dans les mêmes proportions que Laffont.

Ici, à la clinique, nous la trouvons mentionnée dans quelques observations, mais on ne peut en tirer aucune conclusion; il semble, en effet, qu'on ne l'ait pas recherchée systématiquement. Ainsi, cette année, nous l'avons trouvée chez deux malades, et ces deux femmes ne nous l'ont pas signalée; si notre interrogatoire n'avait pas été orienté dans ce sens, elles ne nous l'auraient pas mentionnée.

Ce signe est donc assez fréquent, mais il est loin d'avoir la fréquence et la valeur du signe du Douglas; par contre, il dépasse largement, en tant que fréquence et valeur, le signe de Cullen.

Etudions un peu ses diverses modalités.

IRRADIATION ABDOMINALE.

L'irradiation à la région épigastrique est fréquente, souvent précoce; elle apparaît alors dans les quinze premières minutes qui suivent l'apparition de la douleur pelvienne; elle n'est qu'une localisation de la douleur diffuse abdominale. Elle est moins intense que la douleur pelvienne, mais assez cependant pour que la patiente y porte attention.

Très souvent, cette douleur épigastrique s'accompagne de vomissements, et d'un léger état de pseudo-contracture, pouvant entraîner une gêne respiratoire, bien visible, on voit, en effet, la respiration abdominale diminuée.

Obs. n° 493, 1932, *Gyn.*

Mme K..., 34 ans, est envoyée à la clinique le 5 décembre 1932, par un médecin de la ville, avec le diagnostic d'inondation péritonéale, consécutive à une grossesse extra-utérine.

Cette femme n'a jamais été enceinte; ses règles, régulières, durent 4-5 jours; ses dernières règles normales remontent au 25 octobre 1932.

En novembre, elle a vu ses règles avec un peu de retard, et celles-ci n'ont duré que deux jours, les 27 et 28 novembre; mais depuis la mi-novembre, elle a des douleurs dans le bas-ventre, douleurs intermittentes apparaissant une à deux fois par jour, en particulier le soir quand elle est fatiguée; la malade est servante dans un café.

Le 4 décembre, en plein travail, vers 7 heures, elle est prise par des douleurs très intenses, sortes de crampes qui persistent, et malgré sa douleur, la femme continue à travailler jusqu'à

22 heures. Durant la nuit, les douleurs persistent, et aujourd'hui 5 décembre, la malade garde le lit; ce n'est que vers 16 heures qu'elle fait venir un docteur, qui la trouve dans un état syncopal, et nous l'adresse. A l'admission, moins d'une heure après la visite du docteur, on trouve une femme extrêmement pâle, avec un pouls filant à 150 environ. La tension artérielle donne une maxima de 70; on ne peut discerner la minima. L'abdomen est ballonné, tendu, très douloureux, en particulier dans la région pelvienne et épigastrique. A la palpation, il n'y a pas de contracture, mais une diminution nette de la respiration abdominale à droite. On trouve une matité mobile dans les flancs. Au toucher, on trouve un Douglas abaissé et très sensible.

Le diagnostic d'extra-utérine rompue ne laissait aucun doute.

L'intervention montra une grossesse ampullaire droite de deux mois environ, rompue; l'abdomen, plein de sang. Pour remonter la malade, une transfusion fut nécessaire dans les jours suivants.

Il ne faut cependant pas comparer cette douleur sus-ombilicale à celle que l'on trouve dans les perforations d'ulcère. Elle en diffère par son début et son intensité; elle n'est pas primitive comme dans un ulcère perforé, et elle est loin d'être aussi atroce. Elle simule plutôt la douleur des cholécystites, et pour peu qu'elle soit tenace, constante, accompagnée de vomissements et d'une gêne respiratoire, on fait le diagnostic de cholécystite. Si, malgré cette erreur, on pose le diagnostic d'opération d'urgence, il n'y a pas de mal, mais si l'on veut temporiser, les conséquences peuvent être très graves.

Cependant, si l'on a soin de bien prendre les antécédents, on trouvera, à distance, quelques jours, 2-3 semaines, des douleurs pelviennes, crampoïdes, modification de la menstruation, puis un accident plus brufal avec syncope ou vertige, précédant de peu la symptomatologie actuelle, et alors c'est à la grossesse extra-utérnie qu'il faudra penser de prime abord.

Mais le diagnostic peut s'égarer, surtout si la malade présente dans ses antécédents une affection biliaire. L'observation suivante en est l'illustration.

Obs. n° 418, 1931, Gyn.

Le 7 novembre 1931, Mme G., 34 ans, vient à la Clinique le soir à 23 heures.

Cette femme, depuis l'âge de 20 ans, est atteinte d'une cholécystite; elle aurait fait déjà une crise typique de coliques hépatiques après son premier et unique accouchement, il y a onze ans. Ses douleurs s'irradiaient à gauche, dans le dos.

Ses règles sont régulières, abondantes et douloureuses; sa dernière menstruation remonte au 15 septembre.

Hier au soir, à 10 heures, après un bain, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre et eut des sueurs profuses; elle se trouvait mal, sans perdre connaissance cependant; elle eut des nausées. Chez nous, peu après son admission, elle a vomi deux

fois, vomissements alimentaires. C'est une constipée; aujourd'hui il y a arrêt des gaz, et les mictions sont peu abondantes.

Les muqueuses et les téguments sont bien colorés; le pouls est un peu rapide à 100, la température à 37, la tension artérielle normale: 125-80.

L'abdomen est ballonné; point de douleur localisée, ni au Mac Burney, ni dans la région vésiculaire. La région épigastrique est plus particulièrement douloureuse, mais l'abdomen est moins douloureux qu'à l'admission.

On garde la malade en observation.

Le lendemain, même état général; la femme a un peu d'albumine et n'a pas eu de selles spontanément.

L'abdomen est moins ballonné, et la douleur épigastrique moins violente.

L'examen gynécologique montre un peu de lividité vulvaire; pas d'hémorragies vaginales; le col est fermé dans l'axe, la matrice un peu agrandie, en position intermédiaire, légèrement rétroversée. Les culs-de-sac sont sensibles, surtout à gauche.

Cependant on ne peut songer à une grossesse ectopique, mais plutôt à une grossesse normale.

Aux deux bases, on trouve une respiration un peu rude, le pouls et la température ne se sont pas modifiés. Devant ce ballonnement général, la douleur épigastrique, avec réaction diaphragmatique gênant visiblement la respiration, on fait venir un « Interniste »; ce dernier constate une insuffisance respiratoire des deux bases, et pense à une pneumonie centrale en évolution, avec réaction abdominale, ou à une pancréatite aigüe.

Vers 16 heures, la femme souffre moins, la douleur épigastrique s'est atténuée, tandis que le point le plus douloureux siège dans la fosse iliaque droite. Un chirurgien consulté se prononce nettement en faveur d'une cholécystite ou peut-être d'une appendicite. Il pose une indication opératoire nette, car selles et gaz ne passent toujours pas; à droite, on trouve une défense musculaire.

Intervention à 17 heures, sous anesthésie au balsoforme. Incision médiane. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve du sang coagulé, mêlé aux anses intestinales, dans la partie inférieure de l'abdomen. L'utérus est gros, taille 8-10e semaine; à gauche, les annexes adhèrent aux anses intestinales, et on les détache.

A droite, on trouve une grossesse ampullaire rompue, grossesse de la taille de deux châtaignes juxtaposées.

Salpingectomie. Péritonisation du moignon. Rien à l'appendice, rien à la vésicule. On referme.

Le lendemain, température 38,4, pouls 128, gaz et selles passent. Six jours après l'intervention, la température et le pouls reviennent à la normale, et le quinzième jour, la malade quitte le service.

IRRADIATIONS THORACIQUES.

Il arrive fréquemment que ces douleurs élevées abdominales se complètent par d'autres irradiations thoraciques; parci celles-ci, les plus fréquentes sont les douleurs à l'épaule, qui, par excellence, est certes « une douleur élevée » beaucoup plus que ne le sont les douleurs épigastriques.

Ces douleurs sont alors *scapulaires, acromiales* dans la majorité des cas; elles sont moins intenses que les douleurs abdominales; cependant, parfois elles peuvent être très vives. Ainsi cette année, le 29 août, une femme nous est amenée de la campagne; elle présente tous les signes d'une anémie aigüe, ses antécédents font penser à une extra-utérine. Le signe du Douglas est nettement positif. Elle présentait alors une violente douleur de l'épaule droite, douleur qui sétait déjà beaucoup atténuée. Cette douleur était apparue peu de temps après une douleur brutale dans la fosse iliaque droite: cette douleur s'était étendue à l'hypocondre droit, puis à l'épaule.

Comme le toucher avait montré un peu d'empâtement à droite, d'autre part la localisation pelvienne à droite, les douleurs thoraciques à droite, tout faisait songer à une rupture tubaire droite, et l'opération vint confirmer le bien-fondé de cette hypothèse: il s'agissait d'une volumineuse inondation péritonéale secondaire à une grossesse ampullaire des 2-3e mois, présentant à la fois un avortement et une rupture.

Généralement ces douleurs passent inaperçues; inaperçues de la malade, parce que celle-ci souffre surtout de son bas-ventre, ou parce qu'elle est dans une demi-torpeur; inaperçues du médecin, parce que celui-ci n'y pense pas, son attention étant toute à l'abdomen.

Mais d'autres fois, ce sont les malades elles-mêmes qui attirent notre attention sur ces douleurs de l'épaule.

Cette douleur de l'épaule est tout à fait identique, en cas de localisation, à la douleur de l'épaule que l'on trouve dans les perforations d'ulcères, dans les péritonites; en effet, elle siège dans des territoires cutanés, innervés par les mêmes segments spinaux que ceux qui donnent origine aux racines du phrénique.

On la trouvera donc acromiale, sous-acromiale, claviculaire, sus-épineuse, sous-épineuse.

Son intensité est variable et peut être une simple sensation de raideur, de lourdeur, aussi bien qu'une douleur violente, lancinante; on peut trouver tous les types, et tous les adjectifs employés pour décrire une douleur peuvent s'y appliquer ;

Cependant, en général, elle est moins violente que la même douleur trouvée au cours des péritonites, et il est rare qu'elle dépasse en intensité la douleur pelvienne.

Quand cette douleur existe, elle siège le plus souvent du même côté que la grossesse extra-utérine rompue; mais Laffont et de nombreux autres chirurgiens et gynécologistes l'ont vue bilatérale, voire même croisée, comme dans le cas de Mathieu et Guibal [46], où elle était si violente, si aigüe, qu'elle attirait sur elle toute l'attention, et cependant, dans ce cas, elle était très tar-

dive, apparaissant sept jours après les accidents. Elle siégeait à droite et coexistait avec une douleur vésiculaire typique, ayant fait suite à une douleur pelvienne à droite, et cependant, à l'opération, on trouva une inondation remontant au diaphragme, causée par la rupture de la trompe gauche gravide.

Dans les observations mises à notre disposition, nous avons trouvé un cas typique où la douleur de l'épaule était le fait dominant.

Obs. n° 376, 1932, *Gyn.*

Mlle E. se rend à la clinique le 1er juin 1932. Cette femme, qui a eu une grossesse normale il y a deux ans, a eu ses dernières règles le 15 avril et depuis n'a rien vu réapparaître, quand le 1er mai, en rentrant chez elle, elle ressent une douleur fugitive dans le flanc gauche. Cette douleur se généralise bientôt à tout l'abdomen, au point que prenant peur, la malade se rend à l'hôpital.

A son entrée, la face est un peu pâle, le pouls est filiforme à 125. L'abdomen, peu douloureux, offre un peu de résistance à la palpation et est légèrement ballonné; *elle ressent une vive douleur à l'épaule gauche.* Au toucher, on trouve un utérus rejeté en haut et en avant, qu'on ne peut délimiter. Le Douglas, sensible, accuse une voussure très nette.

Vue par le professeur Schickelé, celui-ci pose le diagnostic de grossesse tubaire rompue et opère la malade d'urgence; après laparotomie, il s'écoule une grande quantité de sang liquide et de caillots. La trompe gauche gravide présente une nodosité au niveau de l'isthme, et sur cette nodosité, une petite déchirure.

Les suites furent parfaites, et au neuvième jour, la malade se lève.

Ici, nous voyons toute la valeur de la connaissance de cette localisation de la douleur à l'épaule; elle était ici, comme dans le cas de Mathieu et Guibal, *la manifestation prédominante,* et méconnaître cette douleur est grave, car elle se trouve presque toujours dans les grands épanchements. C'est un signe commandant l'opération d'urgence. C'est un signe d'alarme, indice d'une inondation importante. Laffont reconnaît cependant qu'elle peut exister avec de petits épanchements ne débordant pas le niveau du petit bassin. Parmi toutes les observations que nous avons lues, nous n'avons que trouvé des douleurs de l'épaule, sauf dans les cas d'hémorragies considérables.

Il faut rechercher cette douleur de l'épaule, car si elle présente peu d'importance dans les cas typiques de grossesse extra-utérine rompue, où elle n'est qu'un signe accessoire, elle présente par contre un intérêt capital dans les cas à symptomatologie fruste, où l'on peut dire: *Présomption d'extra-utérine avec douleur de l'épaule typique, équivaut à certitude de grossesse tubaire rompue.*

Comme douleurs tardives élevées, on cite de nombreuses autres localisations, rétro-sternales, brachiales, cervicales postérieures basses, deltoïdiennes; nous n'avons pas relevé de telles lacolisations; elles existent peut-être, mais elles n'ont pas été relevées, et même si la malade les a signalées, le médecin ne les a pas prises en considération.

Par contre, nous avons relevé de nombreuses irradiations tardives dans les régions lombaire et dorsale inférieures, simulant les douleurs hautes, des coliques néphrétiques. Laffont ne parle pas de cette catégorie de douleurs irradiées. Evidemment, à proprement parler, ce n'est pas une douleur que l'on peut appeler « élevée », mais c'est une douleur « tardive », et c'est pourquoi nous en parlons ici.

IRRADIATIONS LOMBO-COSTALES.

Elle siège sensiblement au point lombo-costal des coliques néphrétiques, c'est-à-dire au niveau des onzième et douzième côtes et des deux premières vertèbres lombaires. Ces douleurs peuvent être très violentes, au point que la malade se plaint surtout de ses reins, et qu'à première vue, un médecin consulté pense d'abord à une crise de colique néphrétique, surtout si la malade n'urine pas. La douleur pelvienne peut passer au second plan, et sa présence d'ailleurs n'infirme pas le diagnostic de coliques néphrétiques, car au cours de celles-ci, les irradiations pelviennes sont fréquentes, ainsi que le ballonnement par iléus paralytique réflexe. Enfin, dans une colique néphrétique, il peut y avoir un état de shock prononcé.

Le diagostic cependant est possible. Chez toute femme présentant un tel syndrome, le toucher vaginal doit être pratiqué, et s'il donne un « cri du Douglas » positif, le diagnostic de coliques néphrétiques doit être rejeté vu que le « cri du Douglas » en dehors de la péritonite, est pathognomonique des hémopéritoines; et un hémopéritoine chez une femme doit faire penser de suite à la grossesse ectopique.

Les deux observations suivantes se rapportent à deux grossesses tubaires rompues, toutes deux compliquées d'inondation, d'inondation, et dans lesquelles les douleurs lombaires étaient particulièrement intenses.

Obs. n° 395, 1931, Gyn. *)

Mme H..., 26 ans. Pas de fausse-couche, ni d'accouchement. Règles régulières depuis l'âge de 14 ans, tous les 27 jours, durée

*) Les observations suivies d'un astérique se trouvent in extenso dans la thèse du Dr. Cornu.

3-4 jours, indolores; abondance moyenne. Dernières règles il y a trois semaines, vers le 24 mai.

Pas d'aménorrhée. Depuis ses dernières règles, elle perd un peu de sang et ressent quelques vagues douleurs dans le bas-ventre. Elle consulte un médecin, qui lui prescrit du repos et des gouttes (?); elle continue à travailler, malgré ses douleurs.

Hier matin (18 juin 1921), elle est prise d'une subite et violente douleur dans le bas-ventre, alors qu'elle se trouvait à la garde-robe. Sentant qu'elle allait s'évanouir, elle est obligée de se coucher immédiatement. A plusieurs reprises, elle est prise d'accès de faiblesse, et devient de plus en plus pâle. A ce moment, la malade souffre beaucoup dans la *région lombaire*. Elle fait appeler un médecin, et ce dernier croit d'abord à une affection rénale, d'autant plus facilement que la malade nie la possibilité d'une grossesse, mais avoue cependant avoir eu des rapports. Le médecin pratique alors un examen gynécologique, et l'envoie à la clinique avec le diagnostic de probabilité de grossesse ectopique rompue (suit un status complet de grossesse extra-utérine rompue, le rapport de l'intervention, et l'examen de la pièce opératoire). Grossesse interstitielle.

Ces douleurs lombaires peuvent exister avec une douleur tardive élevée; en pareil cas, il est difficile de juger la gravité, surtout si l'état général est bon, et que l'abdomen ne présente pas de signes d'épanchement nets.

L'observation suivante en est un exemple; elle date de 1922, et à cette époque, la douleur tardive élevée n'était guère connue. Sa valeur diagnostic de gros épanchement n'avait pas encore été mise en évidence, ce qui explique que dans ce cas, on ne jugera pas l'intervention urgente

Obs. n° 605, 1922, *Gyn.*

Le 18 septembre 1922, le matin à trois heures, un médecin de la ville envoie une femme à la clinique pour grossesse extra-utérine en cours.

A l'admission, état général relativement bon, pouls régulier à 88, un peu faible; téguments un peu pâles, muqueuses normales.

L'abdomen, un peu ballonné, sans contracture, sensible dans les parties inférieures, matité couronnant les arcades crurales sur une largeur de main, matité fixe, ne se déplaçant pas avec la position de la malade.

La malade ne saigne pas, le col est dans l'axe, un peu ouvert. Le Douglas est très douloureux, au point que la malade crie au moindre attouchement;

La maladie remonte à une dizaine de jours. Brusquement, en pleine santé, la femme ressentit de très fortes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, irradiant bientôt vers le dos, jusqu'à la pointe de l'omoplate, ainsi que dans la région lombaire, les cuisses et les grandes lèvres; ce sont des espèces de crampes qui cessèrent au bout de quelques heures, et tout rentra dans l'ordre; la femme se croit enceinte, ses dernières règles remontant à la fin juillet; elle était régulièrement réglée, et n'avait eu d'autre aménorrhée que celles de ses deux grossesses.

Le 17 septembre, à 23 heures, nouvel épisode douloureux, plus violent; la femme se sentait faible, lasse, abattue, mais elle n'eut pas de syncope.

Lors de son admission, le matin à trois heures, on ne jugea pas l'état absolument urgent, et on opéra la malade à 8 heures, avec un diagnostic d'avortement tubaire.

A l'intervention, on trouva passablement de sang dans l'abdomen, et en attirant l'utérus, on vit une petit tumeur de la grosseur d'une bonne châtaigne, sur la corne utérine gauche, avec une petite rupture couverte de sang coagulé au pôle supérieur.

Extirpation de la corne utérine gauche et annexectomie gauche. Le corps jaune est dans l'ovaire droit.

L'examen de la pièce montra dans la région isthmique la présence d'un oeuf avec un foetus de 4 cm.

Les suites furent normales.

Cette observation est contemporaine de celle de Thomas [47] qui, chez une femme de 32 ans, porteuse d'une pyélonéphrite à coli-bacilles, avait trouvé une sensibilité particulière de la moitié interne de la trompe droite. Il n'avait rien diagnostiqué, quand une nuit, il fut appelé au chevet de la malade pour de très violentes douleurs abdominales, apparues subitement, et ayant actuellement leur maximum dans l'hypochondre droit, les lombes et l'épaule droite.

La malade avait eu des vomissements, mais pas de syncope; elle était pâle, avec un pouls normal à 84. Le toucher bimanuel n'avait donné que des résultats insuffisants. Aussi, pensant à une extra-utérine probable, il avait opéré le lendemain, et il avait trouvé une grossesse ampullaire de 3-4 semaines, rompue, et une inondation péritonéale importante.

C'est à propos de cette femme que Thomas avait signalé cette irradiation de la douleur à l'épaule.

VALEUR ET SIGNIFICATION DU SIGNE DE LAFFONT.

Actuellement, cette douleur élevée est connue, et malgré des signes généraux minimes, on serait intervenu de suite, vu que cette douleur tardive élevée est un signe d'atteinte du péritoine.

Laffont qui l'a étudiée, la dénommé « Signe nouveau de grossesse extra-utérine ». Or ce n'est pas à proprement parler un signe de grossesse utérine rompue; elle existe, en effet, dans bon nombre de syndromes abdominaux, dans les péritonites aigües, dans les ulcères perforés, dans les cholécystites. De plus, on entend par douleur élevée et tardive, dans la grossesse extra-utérine, toute douleur sus-ombilicale, sans s'occuper du siège; il faut différencier ces douleurs, et il semble que par « *douleur tardive élevée* », on ne doit entendre que les douleurs thoraciques, douleurs de l'épaule, etc...

A ce sujet, Mondor écrit: « La douleur élevée n'est ni un signe nouveau, ni un signe de grossesse extra-utérine; d'autre part son étude attentive exige qu'on ne mette pas sur le même plan, la douleur épigastrique et la douleur deltoïdienne, ni même la douleur dorsale interscapulaire, la douleur acromiale, claviculaire, sus- ou sous-épineuse. »

Nous nous rangeons à cet avis, car la douleur épigastrique n'a, par elle-même, rien de bien caractéristique; elle n'est jamais assez typique, et les symptômes autres de grossesse extra-utérine et d'inondation péritonéale ne sont jamais assez effacés au point de faire songer à une affection de l'état sus-mésocolique, à l'exception de toute autre affection. Il n'en est pas de même des douleurs de l'épaule; la malade de Mathieu et Guibal était venue à la clinique pour sa douleur scapulaire, si intense qu'elle portait au point douloureux de l'ouate thermogène.

Cette douleur avait fait songer avant tout à une affection hépatique, affection où l'on peut temporiser et instituer un traitement médical; c'est pourquoi il faut connaître ces irradiations tardives à l'épaule dans les ruptures de grossesses ectopiques, et c'est à elles que s'applique la dénomination de « tardive et élevée ».

Quand ces irradiations d'apparence paradoxale se trouvent dans un cas de rupture typique d'extra-utérine compliquée d'inondation, il n'y a pas grande importance à les méconnaître. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il existe, en effet, d'autres cas beaucoup plus troublants, que le médecin ne voit que bien après les accidents initiaux, un jour, quelquefois deux ou trois, après le début de la douleur pelvienne. Son attention est alors attirée par des signes de douleur élevée, accompagnant un état général très touché. Si le diagnostic de rupture de grossesse tubaire n'est pas fait, mais ébauché, la présence du signe de Laffont viendra le signer, surtout qu'à ce stade, la douleur pelvienne se sera bien atténuée.

Le signe de Laffont, la localisation au moignon de l'épaule en particulier, prend une importance capitale chez certaines malades ayant peu souffert au début des accidents. Il est alors un signe « pronostic » de grande valeur; ce sont des cas graves, qu'il faut opérer immédiatement, il y a une grande inondation, d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne; chez de tels sujets, la séreuse a mollement réagi à l'irruption du sang; il n'y a pas eu de violente douleur pelvienne, pas de vomissement, pas de syncope; leur cavité péritonéale s'est laissée progressivement remplir; la malade a seulement pâli un peu, et le pouls s'est accéléré légèrement, et ce n'est que lorsque l'épanchement atteint « l'étiage » du diaphragme, que brusquement la malade

se trouve plus mal et présente une douleur élevée typique à l'épaule. Les filets du phrénique ont-ils été irrités? C'est l'opinion de Laffont, de Devès [48], de Labry et Rougier [49], et de nombreux autres auteurs. Le fait que l'on retrouve les mêmes douleurs irradiées dans les ulcères perforés, dans les péritonites ayant pris toute la cavité péritonéale, dans les abcès sous-phréniques, est un point acquis en faveur de cette interprétation.

Mais cette interprétaion ne saurait expliquer tous les cas. Laffont, Houel et d'autres ont vu des cas « de douleur tardive élevée » coïncider avec des épanchements de faible abondance, ne dépassant pas le niveau du petit bassin; on l'a même vue dans des cas où l'épanchement ne dépassait pas quelques grammes (Laffont et Houel).

Notons en passant que cette douleur élevée se trouve aussi dans les inondations péritonéales d'origine génitale. D'ailleurs pourquoi ne s'y trouverait-elle pas? Sureau [50] l'a trouvée dans une hémorragie péritonéale d'origine utérine, Féliks, Hlasks [51] dans des hémorragies génitales.

Or cette même douleur élevée a été trouvée par Laffont lui-même, et par Schebat [52], dans des annexites, et ils la rapprochent de la douleur des grossesses ectopiques. « L'apparition de cette douleur n'est pas due ici à l'irritation sus-diaphragmatique du phrénique par l'épanchement sanguin » (Laffont); il en est de même dans les cas de petits épanchements.

La voie réflexe est d'ordre purement sympathique; c'est un réflexe viscéro-moteur. Ces douleurs élevées sont donc des douleurs « projetées » ou « Refferend pains » des auteurs anglais.

L'irritation, en pareil cas, prend son point de départ au niveau du péritoine salpingien, surtout dans le Douglas. Cette manière de voir est partagée en particulier par Mathieu et Guibal et aussi par Rochet, Labry [24], et Mlle Rougier, qui admettent qu'en certains cas, la « névralgie phrénique », pour eux toujours droite, peut provenir d'une irritation uniquement pelvienne; l'influx parvient aux noyaux nerveux cervicaux par l'intermédiaire du sympathique pelvien, du ganglion semi-lunaire, ce dernier en rapport avec des rameaux du phrénique droit; toujours constants pour Franckerhauser, et insconstants pour Hovelacque [53].

Par contre Herzfeld réfute complètement l'idée d'un point irritatif pelvien. Pour lui, la douleur haute à l'épaule, toujours à droite, ne trouve son explication que par une irritation sous-diaphragmatique.

Quant à Ionesco [45], il se demande s'il s'agit d'un réflexe viscéro-sensitif (de Heast), ayant pour point de départ la déchi-

rure tubaire, ou d'une irritation phrénique dans les cas de gros épanchements.

Mais il remarque d'autre part que cette douleur est variable en tant qu'intensité, qu'elle apparaît tantôt tardivement, tantôt précocement; aussi n'ose-t-il se prononcer. Evidemment, dans les grands épanchements, l'irritation phrénique explique bien, pour lui, la douleur, mais dans les petits épanchements, il faut admettre que la douleur trouve son origine au niveau de la trompe; il y a alors le facteur inconnu de la réflectivité viscéro-sensitive du sujet.

Hablicek [54], à la suite d'une observation fort intéressante, conclut que les douleurs dans la sphère scapulo-humérale, observées au cours d'accidents abdominaux ou de lésions de viscères, doivent être mises sur le compte du sympathique, et en particulier sur le compte des *nerfs splanchniques* et non pas sur le phrénique. En effet, chez un sujet présentant des douleurs scapulo-humérales gauches, l'anesthésie du grand nerf splanchnique supprime instantanément ces douleurs.

Ces douleurs hautes ne sont pas spécifiques de grossesses ectopiques; c'est un signe d'accident péritonéal. Quoi qu'il en soit, cette douleur tardive élevé est importante; il faut la connaître, la rechercher, même dans des cas typiques, de manière à toujours y penser, et il est probable qu'ainsi, elle sera présente à l'esprit dans des cas atypiques. Si elle est présente, loin d'infirmer le diagnostic possible d'extra-utérine, elle viendra l'affirmer, et même dicter l'opération d'urgence, car en pratique, on doit retenir qu'elle existe dans les grands épanchements. Laffont a donc fait oeuvre très utile, en insistant sur cette douleur à siège paradoxal, qui a pu, en certains cas, égarer des praticiens.

SIGNES COMPLEMENTAIRES.

Il existe de nombreux petits signes de la grossesse extra-utérine compliquée d'hémorragie abdominale. Ces petits signes sont sans valeur. Quand ils sont présents, ils sont presque à titre d'ornements. Chacun de ces signes est patronné par un auteur, et chaque auteur veut qu'il soit un signe important. Les principaux signes complémentaires sont les suivants:

Le signe de Cullen ou de la coloration bleutée périombilicale.

Le signe vésical de Herzfeld, le signe de la voussure sous-ombilicale, et les manifestations digestives.

SIGNE DE CULLEN.

Cullen [55], en 1919, a décrit le modeste signe suivant: Au cours d'une inondation péritonéale, il a noté la présence d'une teinte bleue-noire au niveau de l'ombilic; la femme était très maigre. Cullen se demande d'ailleurs avec beaucoup de simplicité, si ce signe est fréquent ou non, et pour lui, il croit qu'il se présente uniquement chez les femmes maigres. Les chirurgiens américains le revendiquent comme appartenant à la chirurgie américaine; pour eux, c'est un signe de grande valeur, un signe de diagnostic, et il serait très fréquent.

Novak [56] y croit, et dès 1922, il l'avait vérifié plusieurs fois; toutefois, il consent à dire qu'il ne faut pas s'attendre toujours à avoir une belle coloration bleuâtre; cette coloration est moins nette, et n'est souvent qu'une teine grise, jaunâtre, simulant à peu de chose près la teinte jaunâtre que Ransohoff avait vue dans un cas de cholépéritoine.

Jackson [57] vante le signe de Cullen; pour lui, il existe presque constamment, et quand on ne le voit pas, au moyen d'artifices, on peut le mettre en évidence, en particulier chez les femmes obèses. A cet effet, il cite le cas d'une femme obèse, présentant des symptômes de grossesse ectopique rompue; le signe de Cullen n'était pas apparent à la lumière normale, mais dans l'obscurité, il a trouvé un signe de Cullen positif, en éclairant violemment la région ombilicale avec une lampe électrique de poche.

D'après Novak, « chez une femme sans retard de règles, sans saignement, cette apparence noire bleutée de l'ombilic non associée à des antécédents de contusion de l'abdomen, associée en revanche à une tumeur juxta-utérine, rend le diagnostic de grossesse extra-utérine relativement certain ».

En 1921, Hellendal [58] décrit ce même signe comme un signe nouveau de grossesse extra-utérine compliquée d'épanchement abdominal. Lui aussi y croit et veut avoir la primeur de sa découverte. Cependant ce signe n'est pas nouveau, puisque Hofstätter, dès 1909, l'avait découvert, et depuis, ce pauvre petit signe a fait le tour du monde.

Hofstätter [59], en 1926, en rapporte onze cas qu'il a constatés depuis 1909. Mais contrairement à Cullen, à Hellendal et autres auteurs américains, il reconnaît que ce signe est peu fréquent. « C'est un phénomène rare », qui n'est d'ailleurs pas pathognomonique de la grossesse extra-utérine, comme le veulent Cullen et Hellendal.

Quand aux chirurgiens et gynécologistes français, ils n'attachent pas grande valeur à ce signe; il est le plus souvent inutile, et son extrême rareté fait, qu'on ne doit pas compter sur sa présence.

Pour Forgue [60], ce signe est sans valeur dans les cas habituels; par contre, s'il existe dans des cas d'inondation à marche absolument insidieuse, il prend alors une importance considérable.

Mondor ne l'a rencontré que deux fois en sept années, et il ne lui a rendu aucun services; c'est « un tout petit signe », dit-il.

Brady ne l'a jamais vérifié. Maurity non plus, Bakscht ne l'a rencontré qu'exceptionnellement. A Strasbourg, à la Clinique Gynécologique, on ne le recherche pas systématiquement, et nous ne l'avons jamais vu; nous ne l'avons pas même trouvé mentionné dans les 319 observations que nous avons parcourues.

Comme nous l'avons dit, les chirurgiens américains veulent voir, en ce signe, un signe pathognomonique de grossesse extra-utérine avec hémopéritoine. Or, de l'avis même de Hoffstätter, il n'a rien de spécifique. Ransohoff l'a trouvé dans un cholépéritoine, Busch l'a vu dans un kyste de l'ovaire sans hémorragie. Sternberg dans un adénome du foie. Kapsenow chez une fillette opérée pour cancer du rein; dans ces deux derniers cas, il y avait, il est vrai, du sang répandu dans le péritoine. Schumann trouve le signe de l'ombilic dans un cas de salpingite aigüe avec gestation normale.

Comment se produit cette coloration? Pour les auteurs américains et pour Hellendal, elle est due, d'une part à la minceur des téguments, au niveau de l'ombilic, ce qui explique que le

signe soit très net chez les femmes maigres, et d'autre part, cette coloration trouve son explication dans les riches anastomoses qui unissent les lymphatiques superficiels aux lymphatiques péritonéaux. Comment expliquer son apparition dans les cas de kyste ovarien non rompu, dans les cas de grossesse ectopique non compliquée d'épanchements sanguins?

Hoffstätter l'explique par la présence d'une irrigation sanguine abondante, associée à un certain degré de stase; en faveur de cette interprétation, l'auteur cite des observations où la coloration périombilicale existait avant la rupture, et a disparu avec l'inondation.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ce petit signe; il ne mérite vraiment pas la grande réclame que les Américains lui font. S'il existe, notons-le, s'il n'est pas apparent, ne le cherchons pas.

LE SIGNE VESICAL DE HERZFELD ET SIGNES URINAIRES.

Ce symptôme consiste en un besoin pressant d'uriner, il coïncide ou suit de peu l'apparition de la douleur pelvienne atroce.

Pour Herzfeld [43], ce signe serait fréquent, mais la malade n'y ferait pas attention, tant elle souffre de son bas-ventre. D'autres fois, la malade ne sent pas ce besoin impérieux, parce que la syncope la surprend. Ce signe serait dû à une réaction péritonéale, d'après Muller et Oberling [61]. Ce phénomène serait de même nature que les envies d'uriner fréquentes que l'on trouve dans la grossesse ectopique en cours ou interrompue par une inondation.

Souvent même, les troubles urinaires se limitent à de simples douleurs à la miction, à une lourdeur, à un peu de ténésme vésical. Nous avons souvent relevé ces petits signes urinaires, mais nous n'avons pas constaté de signe vésical de Herzfeld.

Hiskacek [62] aurait trouvé parfois une anurie réflexe; cette anurie, accompagnée de douleurs pelviennes de la tendance syncopale, serait en faveur d'une inondation abdominale, même si les autres signes d'anémie font défaut.

Horwart [63] partage la même opinion. Les deux auteurs regrettent que ce signe soit peu fréquent, mais ils remarquent que souvent, il y a oligurie, et ce n'est pas sur ce symptôme, hélas, que l'on peut appuyer un diagnostic hésitant.

En résumé, il y a toujours de petits troubles du côté de la miction, mais ils n'ont rien de caractéristique; ils sont du même ordre que tous ceux que l'on rencontre dans les syndromes douloureux de l'abdomen. L'anurie, quand elle existe, est un signe

plus conséquent. Hiskacek et Horwart admettent qu'on ne l'a rencontre que dans les cas de rupture de grossesse tubaire.

SIGNE DE LA VOUSSURE SOUS-OMBILICALE.

Quand on se trouve en présence d'une femme porteuse d'une extra-utérine, avec hémopéritoine, on peut noter, quand l'abdomen n'est pas ballonné, une légère voussure sous-ombilicale. Cette dernière coïncide avec la zone de matité, et se modifie avec la position prise par la malade. Quelquefois, cette voussure correspond à une zone de léger empâtement, avec matité fixe. Ce signe a été mis en évidence par Nard et par Balard [64]; il serait fréquent, mais on ne s'en préoccupe pas, car c'est la matité qu'on recherche, et l'absence de contracture.

MANIFESTATIONS DIGESTIVES.

Enfin, il peut y avoir des répercussions du côté intestinal; en effet, très souvent, on note un syndrome pseudo-occlusif avec arrêt des matières et des gaz, d'autres fois, la rupture est suivie d'une débâcle diarrhéique, de ténesme anal.

Les nausées, les vomissements accompagnent très souvent les accidents douloureux, les vomissements diffèrent essentiellement de ceux des péritonites; en effet, ils sont uniques ou rares, alimentaires, rarement bilieux; on les trouve lors de la crise brutale, et ils ne se répètent pas.

D'une manière générale, on peut dire que les manifestations digestives sont réduites au minimum dans les hémorragies péritonéales de la grossesse extra-utérine, et si par hasard, ces manifestations se caractérisent par une intensité plus grande, l'hémorragie prend alors un type spécial. Nous retrouverons ces manifestations digestives anormales dans les formes cliniques pseudo occlusives, pseudo-appendiculaires.

MODIFICATION DE LA RESPIRATION ABDOMINALE.

Quand la patiente est allongée à plat, on voit parfois une légère modification de la respiration abdominale; l'ondulation respiratoire est diminuée, on voit la malade commencer franchement une respiration, et subitement, le mouvement respiratoire s'arrête. Ceci se remarque, mais n'a aucune valeur; n'importe quelle affection abdominale peut produire cet arrêt brusque, pour peu que l'affection soit douloureuse. Il arrive plus rarement qu'il y ait inégalité dans l'amplitude de l'ondulation respiratoire abdominale, un côté respire mieux que l'autre. Au cou-

rant de l'année 1932-1933, nous avons eu deux cas de ce genre; le côté qui présentait la respiration minimum était celui de la gravidité tubaire. Il ne faudrait pas comparer ces modifications du mouvement respiratoire abdominal à celles que l'on rencontre dans les péritonites, où c'est à peine s'il se produit une petite ondulation au niveau du creux épigastrique.

Dans les inondations, il n'y a pas arrêt des mouvements diaphragmatiques, mais gêne respiratoire par suite de la douleur.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR L'ANAMNESE.

La connaissance de l'anamnèse facilite beaucoup le diagnostic. Les signes de grossesse extra-utérine en évolution, sont en quelque sorte les signes de la « période d'incubation » de l'hémorragie cataclysmique; et, de même que dans une rougeole, la notion de contagion, le catarrhe oculo-nasal, ne prennent de l'importance que lorsque l'éruption éclot, car auparavant l'entourage du malade n'y a pas pris garde, de même dans la grossesse ectopique, les petites douleurs pelviennes n'émeuvent pas la malade, et ce n'est que lorsque la malade présente son accident grave, que la malade ou son entourage se souviennent de ces petits signes de rien qui remontent déjà à une, deux ou plusieurs semaines.

Quels sont ces signes? *).

a) *Douleurs.*

Elles sont bénignes, une simple sensation de pesanteur dans les flancs, quelques crampes, peu accusées, quelques picotements qui apparaissent le soir quand la malade était fatiguée, quand elle faisait un effort. Ces douleurs souvent s'atténuaient par le repos. Beaucoup de femmes vous diront: « J'avais mal dans le ventre comme quand je vais avoir mes règles ». Et voilà ce que sont ces douleurs salpingiennes.

Quel contraste entre ce que disent les malades, et ce que l'on trouve écrit dans les livres: douleur térébrante, malade agitée, hurlant, laissant après la crise une femme anéantie.

Ces douleurs sont donc peu marquées, c'est un point, une zone douloureuse, irradiant quelquefois vers le sacrum; la malade se croit constipée, parce qu'il y a une légère recrudescence au moment des efforts de défécation. Elle croit avoir mal à la vessie, parce que les douleurs apparaissent et cessent avec la miction.

C'est pourquoi Heaney [3] a raison de dire: « Toute femme

---

*) L'étude des signes prémonitoires est réduite à une simple esquisse. A leur sujet, il est intéressant de consulter Lilian Farrar, Mondor, et Gigoux. (La menstruation dans les grossesses tubaires, thèse, Lyon, 1924.)

qui, dans une période intermenstruelle, accuse des crampes du côté du pelvis ou des douleurs de gaz, doit être envisagée comme pouvant souffrir de grossesse extra-utérine », et c'est ainsi avec juste raison que Mondor recommande au médecin d'interroger toujours avec soin la malade.

Des extraits d'observations que nous citons plus loin, rendent compte de ce que la malade ou l'entourage peuvent dire au sujet des douleurs salpingiennes de la grossesse extra-utérine en cours.

b) *Irrégularité menstruelle.*

On retrouve presque toujours dans l'interrogatoire, des troubles du côté de la menstruation. Il n'y a pas plus de règles normales dans la grossesse ectopique que dans la grossesse normale.

L'aménorrhée se présente rarement. « L'aménorrhée est mentionnée avec trop d'emphase dans les livres » (S. Heaney). Quelquefois il n'y a pas de retard; la malade vous dira alors qu'elle a été prise de douleurs vives dans le bas-ventre, avec syncope, au moment où elle attendait ses règles; c'est un signe de grossesse rompue; le diagnostic est sur la voie par ces quelques mots.

D'autres femmes auront un court retard, le dernier espace intermenstruel est raccourci, et depuis, la malade saigne toujours un peu, mais ce sang n'est pas le même que « celui des règles »; il est rouge, avec des caillots, ou, au contraire, il est brunâtre, ce sont « des règles sépia ». Cet écoulement est continu ou intermittent; il augmente après une crise salpingienne, c'est *la vomique salpingienne.*

Quelquefois, le médecin a pratiqué un curetage; il a retiré des débris de membranes. Il a cru à un avortement pur et simple, mais la femme a continué à saigner, malgré les hémostatiques, et brusquement, il y a eu la douleur pelvienne, la tendance syncopale. Aucun doute ne subsiste; il y a interruption de grossesse extra-utérine; l'hémorragie est là; il faut intervenir.

Ces écoulements sanguins qui ont persisté malgré le curetage, diagnostiquent l'avortement tubaire à évolution retardée (Reeb [65]), Mlle Wehrung [66].

Plus rarement, la femme vous dira qu'elle s'est fait examiner, et si par hasard elle a été examinée, elle dira: « le médecin m'a dit que j'avais un peu de salpingite, il m'a conseillé le repos et la chaleur quand j'ai mal. »

Elle pourra dire aussi: « le médecin m'a fait un curetage ».

L'ensemble des antécédents, le début des accidents graves,

l'anémie profonde, crient le diagnostic; il n'y a qu'à intervenir de suite. Quelquefois, l'accident cataclysmique peut être le premier signe, mais c'est une rareté.

Donc, l'interrogatoire de la malade ne doit jamais être omis, car il présente une grande valeur diagnostique. Mondor écrit avec juste raison: « L'opposition d'une part entre cette anémie profonde et le pauvre suintement qu'on vous dit et qu'on vous montre, d'autre part la notion de l'irrégularité menstruelle, c'est assez pour la certitude. »

Extraits d'observations relatifs aux antécédents.

1) *Obs. n°* 731, 1919, *Gyn.*

Huit jours après ses dernières règles, la femme a perdu un peu de sérosité rosée, et cet écoulement s'est continué jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire durant trois semaines. La patiente n'y attacha aucune importance, quand brusquement vers midi, une syncope brutale l'arrêta en plein travail; quand elle revient à elle, elle n'ose bouger tant elle a mal dans le bas-ventre, etc.

2) *Obs. n°* 498, 1919, *Gyn.*

Mme Z., 34 ans, est amenée le 19 août 1919 par son mari à la clinique.

Cette femme, qui a toujours été bien réglée, et qui a eu deux accouchements normaux, a vu ses règles normales pour la dernière fois du 9 au 12 juin inclus.

En juillet, hémorragie de sang brunâtre du 14 au 24. En août, hémorragie sang et caillot, du 11 au 16, mais pas de douleurs, quand brusquement, le 16, en allant à la selle, elle fut prise par de fortes douleurs dans le bas-ventre à gauche; ces douleurs étaient continuelles, mais augmentaient quand la malade allait à la garde-robe

Elle consulte un docteur de la ville, qui palpe une tumeur annexielle et conseille le repos. Aujourd'hui, vers 8 h. 30, au moment où elle allait à la selle, de très violentes douleurs dans le bas-ventre la surprirent, elle s'évanouit.

Revenue à elle, est pâle et se fait admettre.

Suit un status complet et le rapport opératoire. Il s'agissait d'une grossesse isthmique gauche rompue. Inondation péritonéale. Suites normales.

3) *Obs. n°* 80, 1929, *Gyn.*

Le 4 mars 1929, arrive à la clinique, envoyée par son médecin, une femme de 32 ans, exsangue, avec respiration haletante, faciès anxieux, pouls filant, matité dans les flancs et dans le bas-ventre. Signe du Douglas positif.

On pose le diagnostic d'inondation péritonéale, par rupture de grossesse ectopique, bien que dans les antécédents, on ne relève pas de prodromes, si ce n'est un *retard de règles de quinze jours.* Les accidents ont commencé ce matin même par une violente douleur dans le bas-ventre, douleurs suivies de syncopes, et depuis, la malade, jusqu'à son admission, est tombée d'une syncope dans l'autre.

4) *Obs. n°* 99, 1931, *Gyn.*

Mme B., 32 ans, déjà opérée d'une grossesse extra-utérine, est envoyée à la clinique pour grossesse extra-utérine rompue.

La malade présente un status typique, et dans les antécédents, on ne trouve pas d'aménorrhée; les dernières règles remontent au 2 janvier. Bonne santé durant le mois de janvier. Au début de février, la femme saigne un peu, puis tout rentre dans l'ordre, quand vers le 12 février, 2 à 3 fois par jour, elle ressent de légères douleurs crampoïdes dans le bas-ventre; elle a des vertiges, mais n'y prête pas attention, jusqu'à ce qu'une syncope brutale vienne la surprendre.

Cette malade, que nous avons bien connue ultérieurement, nous disait, quand on l'interrogeait à ce sujet: « Cela a commencé comme la première fois: j'ai eu des règles moins abondantes, car chez moi, elle durent huit jours, puis j'ai eu mal au bas-ventre; ce n'était pas très douloureux, des espèces de petites coliques; je n'y ai pas fait attention, ça me faisait si peu mal. J'étais faible, je me sentais mal; j'avais la tête qui me tournait, mais comme je perdais toujours un peu de sang, et que je suis très nerveuse, j'ai cru que cela venait de là. »

L'INONDATION PERITONEALE EST LE PREMIER SIGNE DE GROSSESSE ECTOPIQUE.

Il peut arriver que la malade n'ait jamais présenté de signe auparavant; la rupture avec son cortège de symptômes bruyants ouvrent alors la scène.

L'absence de crampes, de troubles menstruels, ne compliquent pas spécialement le diagnostic, surtout quand les autres signes d'inondation sont bien dessinés. Le cas n'est pas difficile, il est simplement un peu atypique, comme le sont les observations suivantes:

1) *Obs. n°* 520, 1921, *Gyn.*

Le 18 novembre, Mme K. est adressée à la clinique par un médecin, sans diagnostic. Cette femme, à son admission, nous dit être régulièrement réglée; elle a eu un accouchement normal en 1915, ses dernières époques remontent au 14 novembre, les avant-dernières un mois auparavant. Etat général parfait, quand brusquement, sans prodrome, ce matin à 6 heures, au lit, elle fut surprise par une sensation de déchirure dans le bas-ventre à droite, en même temps elle vomit, et peu après s'évanouit. Un médecin est appelé, il ordonne son admission à l'hôpital.

A son entrée, la malade est pâle, couverte de sueur, le pouls est filiforme, la température est normale, l'abdomen est ballonné dans ses parties inférieures et très sensible à la palpation. Il n'y a aucune contracture. On trouve une matité en croissant, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le toucher révèle un Douglas et des culs-de-sac très sensibles, au point qu'on ne peut essayer de mobiliser l'utérus. On pose, devant ce syndrome d'anémie aigüe, le diagnostic par inondation péritonéale par grossesse tubaire rompue.

L'intervention d'urgence nous montre un ventre plein de caillots et de sang liquide. La rupture de la grossesse extra-utérine siège sur la trompe droite au niveau de l'isthme. L'ouverture est de la taille d'un petit cercle d'un demi-centimètre de diamètre.

Les suites furent normales.

2) *Obs. n°* 519, 1930, *Gyn.*

Mme F., 35 ans, est admise le 29 novembre 1930, à 11 heures, à la clinique, avec le diagnostic d'extra-utérine probable, diagnostic fixé par son médecin. Cette femme, qui n'a jamais eu de grossesse et qui est bien réglée, n'a pas revu ses périodes depuis le 4 octobre.

La maladie a débuté le matin à cinq heures, alors que la

veille, elle avait travaillé toute la journée et bien dormi jusque-là. A cinq heures, douleur très brusque dans le bas-ventre, suivie d'état syncopal. Ses douleurs, bien qu'atténuées, persistent toute la matinée, et la malade se sent de plus en plus faible et pâlit, elle perd un peu de sang par le vagin.

A son admission, on est frappé par sa grande pâleur, le pouls est petit, faible et ralenti; 60 pulsations environ; les extrémités sont froides.

L'abdomen est légèrement ballonné; il présente une sensibilité diffuse, pas de contracture, et une petite matité dans les flancs.

Au toucher, on trouve un orifice externe perméable, l'utérus est antéfléchi, et mou. Le Douglas est très sensible, et à gauche, on perçoit une petite masse très sensible. On réchauffe la malade, on lui donne de la coramine et du camphre. Le shock se dissipe, et la malade se recolore un peu, tandis que le pouls remonte aux environs de 80 pulsations. On intervient à ce moment. Dès l'ouverture du péritoine, du sang s'écoule, en partie liquide, en partie caillé, coagulé; la quantité est d'environ trois-quarts de litre. Sur la trompe gauche, au niveau de l'extrémité proximale, contre la corne utérine, siège la grossesse, tumeur de la taille d'une noix, rompue à sa face postéro-supérieure, ouverture de la taille d'une lentille, ne saignant pas en ce moment. L'ovaire est sain. Salpingectomie gauche, avec excision de la corne utérine, suture de l'utérus, ligature des pédicules. Les annexes droites sont normales. On assèche le Douglas et on referme.

La malade se réveille vite. On fait du sérum et de l'huile camphrée. L'état d'anémie et de shock régresse, et la malade quitte le service le quinzième jour.

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE L'INONDATION PERITONEALE TYPIQUE.

DIAGNOSTIC POSITIF.

Une inondation péritonéale typique de la grossesse extra-utérine interrompue se diagnostique sur:

La Douleurs pelvienne spontanée,

Les signes d'anémie aigüe et d'épanchement interne,

Les résultats fournis par le toucher,

L'histoire de la maladie.

Cet ensemble de signes n'a pas besoin d'être au complet, un ou deux de ces signes suffisent quand ils sont alliés au syndrome de l'anémie aigüe pour que le diagnostic s'impose.

Ainsi l'association d'une pâleur progressive et d'un mauvais pouls avec un « cri du Douglas » suffit.

De même, la douleur pelvienne associée à une anamnèse de grossesse extra-utérine en évolution, à la présence d'une matité déclive, posent le diagnostic et commandent l'intervention, même si le pouls paraît bon et qu'on ne trouve pas de « signe du Douglas ».

Nous nous sommes assez étendus, lors de l'étude critique des symptômes, sur la valeur respective de ces divers signes pour y revenir.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Quelles sont les autres affections qui pourraient prêter à confusion ?

1) *Des syndromes douloureux abdominaux.*

Parmi ceux-ci, nous distinguons surtout les coliques hépatiques et les coliques néphrétiques, en particulier quand il s'agit de la première crise. Ils peuvent, en effet, donner une douleur abdominale brutale avec syncope, et un état de shock simulant une anémie.

Ils se différencient de l'inondation par l'absence de matité, par l'absence du signe du Douglas.

D'autre part, l'état de shock n'est jamais assez prononcé

pour simuler une anémie, la malade se recolore au lieu de devenir de plus en plus pâle, et le pouls, tout en restant un peu rapide, se relève.

2) *Les salpingites aigües, les annexites,*

s'identifient facilement avec une fièvre oscillante entre 38 et 39, quelquefois s'élevant jusqu'à 40.

On perçoit l'empâtement des annexes, le « signe du Douglas » est négatif, et il manque l'état de shock, l'anémie. L'histoire de la maladie est différente; dans les antécédents proches, on relève un écoulement leucorrhéique, un accouchement, un avortement; le plus souvent les pertes sanguines manquent.

3) *La péritonite*

se caractérise par un début plus lent en général, par des accidents moins brusques, par les modifications de la respiration diaphragmatique, et surtout par l'association du signe du Douglas et de la contracture abdominale.

« La contracture abdominale, voilà son fort » (Mondor).

De plus, dans la péritonite, il manque la tendance syncopale et l'anémie aigüe.

4) *L'ulcère perforé*

qu'il soit pylorique ou duodénal, peut simuler, par son début brusque, par la syncope initiale, par l'état de shock, une inondation péritonéale; mais comme la péritonite, il se différencie de l'inondation par la contracture musculaire, et par les modifications de la respiration diaphragmatique. De plus, la douleur brutale est sus-mésocolique, et s'il y a syncope, il n'y a pas tendance à la récidive. D'ailleurs, l'erreur n'est en général possible que dans les ulcus non entachés d'antécédents.

5) *La pancréatite aigüe hémorragique*

a quelquefois été prise pour une grossesse extra-utérine, vu qu'on trouve la même douleur atroce; seul le siège initial de la douleur diffère, il est épigastrique; le même état syncopal et la même tendance à la récidive. Le pouls petit et rapide (Lenormant et Lecène), hypotendu, faible (Desplas). L'état de shock très marqué.

Le diagnostic se fait sur le siège initial de la douleur, sur les antécédents, antécédents d'affections hépato-biliaires, et il n'y a pas de signe de Proust, pas de troubles menstruels ni de crampes pelviennes.

Enfin le contraste marqué entre les signes objectifs et les signes physiques, est presque pathognomonique de la pancréatite hémorragique.

6) *Torsion des kystes ovariens.*

Elle offre parfois de grande difficultés; les signes cliniques sont en effet un mélange de signes d'hémorragie interne, de réac-

tion péritonéale et d'iléus; ils peuvent simuler une hémorragie de la grossesse ectopique.

Si la malade se sait porteuse d'un kyste ou simplement d'une tumeur, le diagnostic se fera aisément, tandis que si elle l'ignore, les difficultés peuvent être grandes, et cela d'autant plus que lors de la torsion, des vaisseaux peuvent se rompre et donner une hémorragie interne grave comme dans le cas que cite Lejars [67].

En général, le diagnostic se fera par la perception d'une tumeur douloureuse dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, voire même dans l'abdomen. Jamais la douleur ou la contracture, quand elles existent, ne sont assez marquées pour masquer la tumeur.

D'autre part, le toucher ne donnera pas « un signe de Proust », mais on pourra palper une masse tumorale douloureuse dans l'un ou l'autre culs-de-sac latéraux.

A la percussion, cette tumeur se traduira par une zone mate, circulaire, médiane ou latérale, mais elle ne donnera jamais une matité en croissant. Et même si la tumeur est mobile, elle ne présente pas une matité des parties déclives.

Tous ces caractères différentiels permettent le diagnostic, restriction faite des cas où la torsion se complique d'hémorragie péritonéale.

L'erreur contraire est assez fréquente, prendre un kyste tordu pour un accident d'extra-utérine, et Delbet [68] a publié un cas très instructif qui mérite d'être lu.

7) *Torsion annexielle.*

La torsion des annexes saines, quand elle n'est pas prise pour une appendicite, est prise pour une rupture de grossesse extra-utérine, n'ayant pas présenté de signes prémonitoires. Il y a, en effet, douleur pelvienne brutale, syncope, pouls rapide.

Il peut se produire une petite inondation péritonéale avec un signe du Douglas positif. En pratique, ce diagnostic ne se pose pas, vu la rareté des cas de torsion des annexes saines.

La torsion des annexes malades peut simuler aussi une inondation péritonéale, mais c'est une exception, à laquelle on ne peut songer.

Et dans toute torsion annexielle, qu'importe l'erreur de diagnostic, puisqu'il faut opérer.

8) *Les hémorragies génitales intra-péritonéales*

imitent la grossesse extra-utérine; elles sont dues à des hémorragies ovariennes, et les symptômes cliniques qu'elles engendrent, ne permettent pas un diagnostic d'avec les inondations des grossesses ectopiques.

Le seul signe différentiel, si l'on peut ainsi parler, est

qu'elles se produisent au milieu de la période intermenstruelle et qu'elles ne sont pas précédées de petites crampes, ni de pertes sanguines, et la douleur lors du début des accidents est aussi moins brutale.

Tous les auteurs qui se sont occupés de ces hémorragies, s'accordent à convenir que le diagnostic est difficile, impossible même.

Parmi les auteurs qui se sont attachés à l'étude de ces hémorragies génitales intra-abdominales, nous devons citer : Cabanie [69], Feliks Hlasks [51], Simon [70], Besançon [71], Merle [72], enfin Dreyfus. Le Foyer et Lejeune [73] et Schickelé.

Ces hémorragies génitales non seulement simulent une rupture typique, mais encore peuvent prendre toutes les formes atypiques que donnent les inondations intra-abdominales de la grossesse ectopique.

Les autres diagnostic différentiels que ces inondations péritonéales posent, seront vus à propos de l'étude des formes cliniques.

DIAGNOSTIC DU SIEGE.

Quand il y a inondation péritonéale, et que l'on voit la malade pour la première fois cliniquement, il est à peu près impossible de situer la grossesse extra-utérine.

Est-ce à droite, est-ce à gauche, très souvent on ne peut pas le dire.

On pensera à une gestation à droite par exemple, quand la douleur pelvienne aura débuté à droite, quand les petites crampes étaient à droite.

Enfin parfois on aura par le toucher le bonheur de sentir la petite tumeur latéro-utérine, c'est le seul signe qui permet de localiser, et encore on peut se tromper, s'il y a coexistence de salpingite ancienne et de grossesse tubaire.

EST-CE UNE RUPTURE OU UN AVORTEMENT?

La rupture de la trompe gravide donne en général une inondation plus rapide, plus brusque, et plus abondante que l'avortement tubaire.

Le toucher ne permet pas de trouver latéralement une tuméfaction para-utérine, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, fréquemment lors de la rupture, l'oeuf en entier est expulsé hors de la trompe, ce qui explique que par le toucher, on ne trouve aucune tuméfaction.

Ensuite, les ruptures se produisent surtout dans les grossesses interstitielles et dans les grossesses isthmiques; or celles-

ci s'interrompent de bonne heure, et pour peu que les culs-de-sac soient douloureux, on ne pourra palper la trompe gravide et y discerner une tuméfaction; un simple agrandissement, même si l'oeuf, n'est pas expulsé de son lieu de nidation.

L'avortement se caractérise surtout par une symptomatologie moins brusque; les accidents auront été précédés depuis les dernières règles d'une période de deux mois, ou même de trois mois, période pendant laquelle les pertes sanguines auront été fréquentes et se sont accompagnées de petites crampes, etc.

Au toucher, on pourra trouver une tuméfaction dans l'un des culs-de-sac. Qu'importe le diagnostic entre la rupture et l'avortement, ce qui compte, c'est le diagnostic d'inondation péritonéale par grossesse extra-utérine.

TROISIÈME PARTIE

FORMES CLINIQUES

LEUR DIAGNOTIC

Formes particulières

FORMES CLINIQUES.

Mondor a écrit « Le diagnostic de l'inondation péritonéale par rupture ou par avortement tubaire est habituellement bien facile ». C'est une anémie soudaine et extrême que n'explique pas une hémorragie visible, c'est donc une hémorragie interne. La cause est presque toujours une grossesse extra-utérine brusquement compliquée. Or, ce grand drame cataclysmique peut ne pas se produire, ou, s'il se produit, il peut prendre une allure autre, revêtir une symptomatologie d'emprunt.

Quand cette symptomatologie d'emprunt conduit au diagnostic de péritonite, d'ulcère perforé, de torsion d'un kyste ovarien, l'écart de diagnostic importe peu, puisque l'indication opératoire est posée, et que l'on interviendra de suite. Mais l'erreur peut devenir grave quand on diagnostique une salpingite, une colique néphrétique, ou même un avortement utérin, car l'indication opératoire est éliminée; on va refroidir la salpingite, calmer la malade pour les coliques néphrétiques, cureter ou rester dans l'expectative pour l'avortement utérin.

Nous allons passer en revue les six formes suivantes assez fréquemment rencontrées:

1) les formes silencieuses,
2) les formes pseudo-salpingiennes,
3) les formes pseudo-abortives,
4) les formes pseudo-appendiculaires,
5) les formes pseudo-péritonitiques,
6) les formes pseudo-occlusives.

Dans une deuxième partie, nous groupons quelques observations intéressantes, soit par leurs particularités anatomiques (grossesse abdominale), soit par leurs particularités cliniques (grossesse ectopique récidivante, coexistence d'extra-utérine et d'intra-utérine, etc.).

L'ensemble de ces observations sera classé sous la rubrique « Formes particulières ». Les observations seront accompagnées ou non d'un court commentaire.

FORMES SILENCIEUSES

Dionis du Séjour [1], dès 1922, a attiré l'attention des médecins et des chirurgiens sur les inondations abdominales évoluant sans symptomatologie.

Ces cas sont relativement rares.

Depuis 1922, dans la littérature française, nous avons relevé seulement deux cas publiés, l'un par Jeanneney et Rosset-Bressant [2], l'autre par Barthélémy [3].

Cependant ces cas sont moins rares que ne le ferait croire la littérature; on ne les publie pas.

Pourquoi trouve-t-on des inondations silencieuses? Parce que chaque malade ne présente pas la même réflectivité; les unes supportent mieux que les autres l'épanchement, le péritoine ne réagit pas; la douleur aussi n'est pas toujours en corrélation avec l'importance des lésions observées à l'ouverture du ventre. Ainsi une malade pourra avoir un syndrome d'hémorragie interne grave, avec douleur atroce, syncope, pouls très rapide et mauvais, et l'épanchement ne dépassera pas 100 gr.

Alors qu'une autre patiente présentera un pouls relativement bon, elle n'aura pas beaucoup souffert, il y aura un peu de matité, et à l'ouverture de l'abdomen, on trouvera une inondation de près de trois litres?, comme dans l'observation relatée par Jeanneney et Rosset-Bressant.

Il nous faut faire deux classes de malades:

1) les malades à symptomatologie silencieuse ou atténuée, porteuses d'un petit épanchement;
2) les malades présentant le même état clinique et porteuses d'une inondation importante.

1) MALADES A SYMPTOMATOLOGIE SILENCIEUSE AVEC PETIT EPANCHEMENT.

Cliniquement, on trouvera quelques douleurs dans le bas-ventre, quelquefois un léger état nauséeux. Le pouls est bon, pas de signes d'anémie grave, à peine un peu de pâleur.

Le ventre est souple, pas de ballonnement, pas de matité, un peu de sensibilité, quelquefois même cette sensibilité n'existe pas.

Les pertes sanguines existent en général, et c'est là un excellent signe.

Le toucher révélera un Douglas un peu sensible. On pourra trouver des signes de tumeur latéro-utérine, ainsi qu'une miction un peu douloureuse.

Quelquefois des antécédents d'extra-utérine, et c'est tout.

Le diagnostic psoitif d'extra-utérine se fera cependant sur ces signes, car comme l'a dit Sproat Heaney, « Toute femme en âge d'être enceinte et qui présente une douleur pelvienne avec des troubles de la menstruation, doit être suspectée d'extra-utérine. »

Or, la sensibilité du Douglas vient appuyer le diagnostic; elle doit donc être laparotomisée; l'intervention n'est pas urgente, mais il faut garder la malade et la surveiller de près, et si rien ne se modifie, intervenir, surtout si la douleur pelvienne n'est pas calmée par la chaleur locale. L'épanchement sanguin est alors une découverte opératoire.

1) *Obs. n°* 502, 1927, *Gyn.*

Mme T., 26 ans, n'a jamais eu de grossesse. Régulièrement réglée, sa dernière menstruation normale s'est produite du 8 au 13 septembre.

Lors de cette menstruation, qu'elle nous dit avoir été normale, elle a failli perdre connaissance, tant elle avait mal dans le bas-ventre.

Il y a huit jours, le 18 septembre, elle perdait un peu de sang noirâtre.

Depuis cette date, elle présente des crampes dans le bas-ventre, elle n'a jamais vomi, et n'a pas de nausée.

Ennuyée de cet état, elle se fait admettre le 24 septembre.

A son entrée, la température est normale, le pouls aussi, bon état général.

L'abdomen est souple, plat, la fosse iliaque droite est un peu douloureuse.

Le toucher montre un utérus petit, antéfléchi, col fermé.

On sent à droite de la corne utérine une petite tumeur peu sensible, de la taille d'un oeuf de poule.

On pose le diagnostic de tumeur annexielle droite.

Du 24 au 28 septembre, même état. La femme souffre toujours dans le bas-ventre, à droite, malgré la chaleur locale.

Le 28, on se décide à opérer sous narcose à l'éther, pour extra-utérine probable, vu la présence de pertes « sépia » et les douleurs crampoïdes itératives non améliorées par la chaleur locale.

A l'ouverture du péritoine, on voit un peu de sang dans la grande cavité.

L'utérus est un peu augmenté. A gauche, rien aux annexes; à droite, on trouve une grossesse isthmique de quatre semaines environ. Taille d'une noix, légèrement rompue, et saignant un peu.

Salpingectomie, excision de la corne utérine.

Suites normales.

Comment expliquer le peu d'intensité des symptômes? Il

semble que la patiente présente une sensibilité atténuée, son péritoine supporte l'irruption sanguine, les terminaisons nerveuses sont moins excitables, le phénomène de shock manque, et l'hémorragie n'est pas encore assez abondante pour donner un syndrome d'anémie aigüe.

Si on laisse ces femmes sans le secours de la chirurgie, il est fort probable que l'hémorragie récidive, et elles la supportent jusqu'au moment où leur seuil de résistance à l'hémorragie est atteint; alors elles ont leur syncope, et l'anémie grave se dessine.

Ce sont des cas où l'inondation péritonéale s'effectue par étapes successives.

Péraire [4] a signalé l'importance de ces cas où la gravité de l'inondation apparaît tardivement.

Enfin il se peut que l'hémorragie ne récidive pas, l'hémopéritoine se résorbe, et il restera une hématocèle.

2) MALADES A SYMPTOMATOLOGIE SILENCIEUSE AVEC GROS EPANCHEMENT

On retrouve une symptomatologie identique à celle précédemment décrite, avec quelques petites modifications, en particulier le ventre est souvent un peu ballonné, tympanique.

Le Douglas présente le signe de Solowij-Bartolini [5].

Souvent, ces cas ont eu une évolution clinique classique au début des accidents, et la malade n'est pas venue consulter ou bien le médecin est optimiste; l'hémorragie s'est arrêtée, les signes graves ont disparu, mais il persiste de petits troubles et la malade vient nous trouver à ce moment.

Pour établir le diagnostic, on s'appuie alors sur les antécédents, et sur des examens répétés, comme nous le relatons dans l'observation qui suit:

Obs. n° 307, 1923, *Gyn.*

Le 10 juin 1923, Mme G., 25 ans, nous est adressée par un médecin, qui pense à une extra-utérine?

A l'admission, on trouve une femme en bon état de nutrition, un peu fatiguée par son transport en automobile à la clinique, non décolorée, pouls un peu rapide à 100, température 37,4.

L'abdomen ne montre rien de particulier. Le toucher montre un utérus antiversé, les annexes gauches palpables, du volume d'une mandarine. Le Douglas n'est pas spécialement sensible, et il présente une vague résistance.

Les antécédents nous apprennent que cette femme a eu deux grossesses normales en 1920 et 1921, pas de fausse-couche. Menstruation régulière, indolore.

Dernières règles du 26 avril au 1er mai. Le 1er mai, début de la maladie actuelle. Ses règles venaient de cesser, et en voulant soulever une lessiveuse pleine d'eau, elle eut subitement

des douleurs marquées, comme des crampes, dans la région annexielle gauche.

Elle se coucha. Durant toute la nuit, elle vomit.

Les matières et les gaz fonctionnent bien. Tout rentra dans l'ordre, jusqu'au 8 mai, où les mêmes douleurs réapparurent, cette fois accompagnées de trois syncopes.

La femme ne saigne pas.

On garde l'expectative deux jours, puis on décide d'opérer pour extra-utérine probable.

La femme a toujours un peu mal au ventre, en particulier dans la région annexielle gauche, mais bon état général, et pas de signes d'hémorragie.

Opération: Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on trouve dans la cavité abdominale du sang liquide et coagulé, environ un litre.

La trompe gauche, grossie, présente une petite rupture dans sa partie moyenne.

Salpingectomie. On vide le sang et les caillots. Fermeture. Suites normales.

Parfois, la malade peut présenter du subictère associé à une anémie légère et à des antécédents d'accidents pelviens; il faut songer alors à une inondation péritonéale de la grosesse ectopique.

Enfin il existe des cas où l'inondation, tout en étant récente, ne donne pas de signes. Le cas publié par Barthélémy est de ceux-là. La malade était venue consulter de 30 km., elle avait été en chemin de fer pendant une heure, elle s'était rendue à pied à la consultation, et Barthélémy pensait à peine à une extra-utérine rompue, puisqu'il ne l'opéra que deux jours après son arrivée, et l'inondation fut une découverte lors de l'opération.

D'après Lenormant et Hartmann [6], ces épanchements libres qui n'ont pas donné de syndrome alarmant, seraient consécutifs à un avortement tubaire dans la majorité des cas, et c'est aussi notre avis.

DIAGNOSTIC.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre catégorie, ces épanchements silencieux sont d'un diagnostic ardu, et souvent, pour arriver à le poser, il faut faire des examens du sang, étudier la teneur du sang en hématine, pratiquer une ponction du Douglas; toutes ces recherches, inutiles dans les cas classiques, sont importantes alors.

L'étude de la leucocytose est intéressante dans les épanchements de date récente; en effet, d'après Lilian Farrar [7], quand il y a épanchement de sang dans le péritoine, il y a augmentation rapide du nombre des leucocytes; cette augmentation pré-

cède la diminution du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine.

Cette leucocytose croît jusqu'à 20.000 — 30.000 même, — se maintient un jour, deux jours, trois jours au plus, puis tombe rapidement. Il n'y a pas de fièvre, ce qui permet de rejeter le diagnostic de salpingite où l'on trouve de la fièvre, une leucocytose élevée *non* sujette à de grandes variations.

La vitesse de sédimentation est peu modifiée, alors qu'en cas de salpingite, elle est très accrue.

L'association d'une hyperleucocytose sans fièvre, d'une vitesse de sédimentation normale, est un argument en faveur d'une inondation péritonéale et réfute l'idée de salpingite, de colique néphrétique, hépatique.

J. des Cressonnières [8] attribue une grande valeur diagnostique à cette association.

Dans les vieilles inondations, les numérations globulaires, le dosage de la quantité d'hématine présentent d'après Ivanoff [9], un grand intérêt.

A l'hôpital Botkine, à Moscou, l'auteur dose l'hématine du sérum suivant la méthode d'Antoschine, parallèlement à la numération globulaire, et d'après lui, dans les vieilles inondations, dans 93 pour cent des cas, il y a anémie et augmentation très marquée du taux de l'hématine du sérum. Ce renseignement, d'après Ivanoff, ajouté aux autres signes de présomption, permet le diagnostic; c'est donc une méthode adjuvante, mais pas une méthode basale.

Norris [10] est du même avis, surtout quand la patiente présente du subictère.

Enfin, pour vérifier l'hypothèse d'inondation péritonéale, la ponction du Douglas peut être pratiquée.

Il y a toutes chances, s'il y a épanchement, qu'elle soit positive; mais il ne faut pas oublier qu'elle peut être négative, soit que l'aiguille pénètre dans un magma de caillots, soit qu'on ponctionne dans des adhérences. Bégouin [11] la préconise. On peut donc dire que dans les épanchements récents, une leucocytose élevée et croissante, l'absence de température, une vitesse de sédimentation normale, éliminent le diagnostic de salpingite, de colique néphrétique ou hépatique, et viennent appuyer l'idée d'un hémopéritoine, surtout s'il y a une baisse du nombre des hématites, du taux de l'hémoglobine. Dans les épanchements anciens, une anémie, une vitesse de sédimentation un peu modifiée, une légère hyperleucocytose avec un taux d'hématine élevée, éliminent l'idée de salpingite en faveur de celle d'extra-utérine compliquée d'hémorragie intra-péritonéale ou d'hématocèle.

Il est souvent difficile de différencier l'hématocèle de l'inondation sans signes. En faveur de l'hématocèle, il y a les troubles de la miction, la pesanteur anale, la présence dans le Douglas d'une masse mollasse, irrégulière, se modifiant à la longue; l'anémie est moins prononcée. Souvent cependant, le diagnostic ne se fera qu'à l'opération.

Enfin il faut songer aux douleurs salpingiennes, aux dysménorrhées. La quasi-certitude que la femme n'a pas eu de rapport, fait d'emblée le diagnostic différentiel.

Dans les autres cas, on trouvera les douleurs, mais il manquera l'anémie, la vitesse de sédimentation sera normale, le Douglas ne présentera aucune particularité. Quant aux hémorragies, intra-péritonéales d'origine ovarienne à symptomatologie silencieuse, le diagnostic est impossible en dehors de l'intervention.

FORMES PSEUDO-SALPINGIENNES.

Quand on est appelé auprès d'une femme pour des douleurs, des crampes dans le bas-ventre, et que cette femme soit pâle, qu'elle perde un peu de sang par le vagin, on songe à l'extra-utérine, surtout s'il y a eu dans les antécédents immédiats des douleurs plus vives et une tendance syncopale. Cependant il se peut qu'il n'y ait pas de signes d'anémie; que le toucher ne révèle pas un Douglas spécialement douloureux, et qu'au contraire, il fasse découvrir une masse latérale douloureuse ou un empâtement utérin. Le chirurgien se trouve alors devant un profond dilemme. C'est un problème de tous les jours pour le gynécologiste, un problème plein d'embûches, car la confusion peut entraîner de diverses façon la mort de la malade.

Les annexites réclament l'expectative; elles demandent, pour que l'on puisse intervenir, la fin des accidents aigüs, sinon on court le risque de déterminer l'infection à tout le péritoine, et de perdre la femme de péritonite aigüe; le fait est arrivé à l'un des plus grands chirurgiens parisiens, alors que devant des célébrités étrangères, il intervenait pour grossesse extra-utérine rompue. A peine avait-il ouvert le ventre et récliné l'épiploon, qu'un flot de pus vert envahit l'abdomen: c'était le pus de deux pyosalpinx rompus. Il pratiqua une hystérectomie et draina largement, mais sa malade succomba quatre jours après, de péritonite septique généralisée.

Au contraire, l'extra-utérine commande une intervention immédiate, car si l'inondation est au moment même relativement peu importante et bien supportée, elle peut reprendre et mettre la patiente en danger de mort.

Sur quels signes va-t-on poser le diagnostic d'extra-utérine? Les antécédents sont importants: les petites crampes, mais on a aussi celles-ci dans les salpingites; les pertes sanguines sont plus spécifiques, elles appartiennent presque en propre, pourrait-on dire, aux extra-utérines.

Les douleurs des annexites sont améliorées par la glace ou par la chaleur, tandis que celles des extra-utérines ne sont pas influencées. Donc, des douleurs du bas-ventre qui ne sont pas améliorées par le traitement local, doivent faire songer à la gestation ectopique.

L'examen gynécologique dans les formes pseudo-salpingiennes n'est pas d'un grand secours; la sensibilité du Douglas

n'est plus ici un test, à moins qu'il ne soit parfaitement dépressible; la perception d'une tuméfaction latéro-utérine ne signifie rien pas plus que l'empâtement péri-utérin. La fièvre, l'état du ventre, le signe du Douglas, n'amènent pas de renseignements, pas plus que l'existence d'une douleur tardive élevée de l'épaule, vu que celle-ci se rencontre aussi dans les annexites; cependant l'existence d'une douleur élevée fait pencher la balance vers le diagnostic d'extra-utérine, car elle est plus fréquente dans celles-ci que dans les annexites [13].

Il faudra donc chercher ailleurs. Depuis Lilian Farrar [7], les numérations globulaires et leucocytaires, un léger degré d'anémie, une augmentation des leucocytes, bientôt suivie d'une chute rapide de leur nombre, seront des arguments en faveur d'une hémorragie interne. Cette fluctuation leucocytaire, jointe à une température normale ou à une élevation modérée, différencie l'épanchement abdominal de la grossesse extra-utérine, des salpingites.

D'après Mondor, on pourrait schématiser les deux situations de la façon suivante: « grossesse extra-utérine=température modérée et leucocytose oscillante. Salpingite aigüe suppurée= température oscillante, et leucocytose uniformément élevée. »

D'autre part, ces malades sont gardées sous étroite surveillance; on pratique des examens fréquents; à chacun de ces examens cliniques, on doit faire un examen sanguin, numération globulaire et leucocytaire, car une leucocytose constamment ascendante jointe à une anémie progressive, indique une hémorragie en cours.

Enfin, l'étude de la vitesse de sédimentation pratiquée suivant la méthode de Westergren donne de bons renseignements. Une vitesse très augmentée est en faveur d'une salpingite, d'une infection pelvienne, alors qu'une vitesse de sédimentation normale ou à peine augmentée est le fait d'un épanchement sanguin.

Actuellement, à la clinique, nous pratiquons fréquemment la vitesse de sédimentation, ainsi que des numérations globulaires et leucocytaires ; les renseignements fournis par ces épreuves ont été conformes aux résultats que Lilian Farrar a obtenus sur cent cas. Notons qu'ici à la clinique, *il ne s'agissait pas d'inondation*, mais *d'hématocèle*.

A titre d'exemple, nous publions trois cas où l'on opéra pour annexite, alors qu'il s'agissait d'extra-utérine rompue. Dans ces trois cas, on ne pratiqua aucun examen du sang, ni vitesse de sédimentation. La valeur de ces épreuves n'était pas encore connue.

1) *Obs. n°* 285, 1919, *Gyn.*

Mme Sch., âgée de 35 ans, vient à la clinique le 16 mai 1919.

Cette femme est atteinte de cholécystite, et depuis novembre 1918, où elle a été atteinte par l'épidémie de grippe, elle présente continuellement de la diarrhée. Elle n'a jamais été bien réglée, elle ne sait quand ses règles doivent venir (écarts extrêmes: 3-8 semaines). Dernières règles en février; en mars, aménorrhée. Les 19-21 avril, elle dit avoir eu ses règles, car elle présentait un écoulement qui dura deux jours comme ses règles; mais le 25, elle saigne à nouveau et se plaint de crampes à droite. Le début fut brutal, elle a eu des vertiges. Depuis cette date, elle ne se sent pas bien, elle a des nausées, elle se sent mal, comme quelqu'un qui va vomir.

Elle aurait eu une syncope.

A son admission, elle se plaint du côté droit. Elle a de la diarrhée, les mictions sont normales. Le pouls est régulier à 88, la T. A.=110/60, la température est de 37°4.

Le bas-ventre est douloureux; à la palpation, pas de matité. Le col est fermé. Elle saigne un peu; l'utérus est un peu grand, mobile.

Les culs-de-sac ne sont pas particulièrement douloureux. A droite, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, très sensible; annexes gauches sensibles.

On pense à une annexite droite.

On garde la malade en observation trois jours, puis on intervient pour annexite. Opération.

Incision médiane, entre l'ombilic et la symphyse. Dans la cavité abdominale, on trouve du sang liquide ancien, noirâtre, en quantité moyenne. L'utérus est un peu agrandi. La trompe droite est gravide et se trouve dans le Douglas, auquel elle adhère; on la libère. La trompe a la largeur de deux à trois travers de doigt. Par son orifice abdominal, du sang s'écoule. L'ovaire droit montre un kyste rompu, de la taille d'une noix. Annexes gauches normales. Annexectomie droite. Toilette du péritoine. Suture de la paroi, plan par plan.

Suites normales. Sortie au 13e jour.

2) *Obs. n°* ..... 1922, *Gyn.*

Mme Z., 25 ans, vient à la consultation de la clinique pour douleurs dans le bas-ventre. Cette femme a eu une grossesse normale il y a dix-huit mois. Toujours bien réglée; dernières règles en mi-septembre. Vers le 5 octobre, elle présente des pertes sanguines minimes, accompagnées de douleurs légères dans le bas-ventre. Pertes sanguines et douleurs cessèrent, quand trois jours plus tard, en soulevant une lourde charge, elle se remit à saigner, en même temps qu'elle ressentit des crampes très douloureuses dans le bas-ventre, puis tout rentra dans l'ordre, dans les jours suivants; le 15 un épisode semblable se produit, et comme le 17, il n'y a pas d'amélioration, la malade vient consulter.

A l'admission, on trouve une femme en excellent état général, l'abdomen est souple, et à droite, on palpe dans la fosse iliaque une tumeur de la taille d'une tête d'enfant.

L'utérus ne paraît pas agrandi; il est antéfléchi, et à droite, il est coiffé par une tumeur mollasse, peu mobile. Le Douglas

est sensible. On garde la malade en observation jusqu'au 23. Pouls et température sont normaux; la femme ne saigne pas, et ne présente pas de douleurs.

L'anamnèse fait alors penser à une extra-utérine rompue, à l'hématocèle, tandis que l'examen fait pencher le diagnostic vers une tumeur annexielle. Dans le doute, on opère, et on trouve une hématocèle à développement un peu particulier, le sac surplombe l'utérus et se propage en avant de ce dernier, tandis qu'en arrière, l'hématocèle se limite au côlon sigmoïde, à l'épiploon et à l'appendice; quelques caillots entre les anses.

On rompt le sac, et l'on se trouve en présence d'un avortement tubaire, compliqué de rupture.

Annexectomie droite; évacuation des caillots. Ablation du sac de l'hématocèle, sauf aux points où ce sac adhère fortement aux viscères.

Suites normales.

3) *Obs. n°* 469, 1924, *Gyn.*

Mme H., 26 ans, est admise à la clinique le 26 juillet 1924, pour annexite bilatérale.

Cette femme a toujours eu des menstruations régulières depuis l'âge de 14 ans.

Dernières règles: 30 juin au 8 juillet, pas de retard. Elle a un accouchement normal en 1929, sans suites. Mais trois semaines plus tard, pendant une durée de deux mois, elle a eu des douleurs dans le bas-ventre.

Anamnèse spéciale. — Le 15 juillet, au cours d'un accès de colère, où elle tapait des pieds, huit jours après ses dernières règles, elle se met à saigner du sang clair, en faible abondance, et présente en même temps de violentes douleurs sacro-coccygiennes irradiant à la vulve. Elle n'a pas d'appétit, mais pas de nausées, ni de vomissements. Présente quelques vertiges. Mictions et selles normales. Pas de flueurs.

A l'admission: bon état général. Abdomen sans particularité. Examen gynécologique. Saigne un peu.

Utérus antéfléchi, mobile. Annexes gauches grossies. Annexes droites sensibles.

On pose le diagnostic d'annexite bilatérale.

Du 26 juillet au 1er août: mêmes douleurs crampoïdes; la femme saigne un peu, elle est pâle.

Examen gynécologique: même état.

Vu les pertes intermittentes, les nausées et les vertiges, l'idée d'une grossesse ectopique n'est pas exclue.

Le 3 août, dans le courant de la journée, la femme se plaint de douleurs dans la fosse iliaque gauche. La palpation est douloureuse.

A l'examen interne, le Douglas est sensible et bombe un peu, et l'on sent à gauche une tumeur de la taille d'un gros poing qui déprime le cul-de-sac et dépasse la symphyse de trois travers de doigt — tumeur kystique. Le 4 août, la femme accuse des douleurs plus violentes; il semble que la matité remonte à gauche; température subfébrile, pouls à 100. Quand la malade s'asseoit dans son lit, elle accuse un peu de malaise.

Depuis la nuit, diarrhée.

A 16 heures, même état de l'abdomen; pouls à 120, température 38°2. La femme serait plus pâle (?).

Le 5 août, la matité remonte et se bilatérise.

Température: 37°2, pouls 120, malade un peu pâle. On décide d'intervenir pour annexite ou extra-utérine. Opération: Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Le péritoine apparaît bleuâtre par transparence. Ouverture: début d'inondation péritonéale. On refoule l'utérus, et l'on va aux organes génitaux, utérus antéfléchi, dévié à droite. A gauche, et dans le Douglas, petite tumeur de la taille d'un citron, bleuâtre, kystique, recouverte de gros caillots; nombreuses adhérences épiploïques et intestinales recouvrant à la manière d'un pont le petit bassin. Salpingo-ovariectomie; il s'agit d'un avortement tubaire. A droite, salpingite et périsalpingite. Salpingectomie. Fermeture de la paroi.

Suites normales.

L'erreur inverse arrive aussi, moins fréquemment cependant. Metzger [14] a rapporté en 1921 un cas d'hydrosalpinx, ayant présenté un tableau clinique excellent de grossesse extra-utérine rompue.

Enfin, annexite et grossesse extra-utérine rompue avec inondation peuvent coexister. On opère alors pour extra-utérine rompue, et l'annexite est une découverte opératoire; le fait n'est pas rare; d'après Oettingen [15], dans 22 % des cas, il y aurait extra-utérine et annexite. Par contre, le fait d'opérer pour annexite, alors qu'il y a coexistence d'annexite aigüe et d'inondation péritonéale due à une grossesse tubaire rompue, est tout à fait exceptionnel, et depuis 1919, dans la littérature, nous n'avons relevé qu'un seul cas ,celui de Max Cheval [16].

Remarquons enfin, avant de clore ce chapitre, que chez certaines femmes, l'inondation se fait en deux temps, séparés par un intervalle plus ou moins long.

Les premiers accidents simulent une annexite, une affection inflammatoire du pelvis, etc., et le diagnostic est hésitant ou erroné; puis brusquement, un second épisode se produit, et il révèle une inondation péritonéale typique qui permet le diagnostic exact.

Obs. n° 81, 1919, Gyn.

Mme M., 33 ans, vient à la clinique en février 1919, pour métrorragie et douleur dans le dos.

Cette femme a toujours eu une menstruation normale depuis l'âge de 14 ans, indolore, abondante; durée 8-10 jours. Dernières règles du 20 au 27 novembre 1918.

En décembre, aménorrhée. Le 1er janvier, la femme saigne et présente des douleurs dans le dos. Depuis cette date jusqu'à aujourd'hui, même état. De plus, elle a des douleurs lombaires qui s'accentuent quand la malade est debout, et quand elle va à la selle. Dans ses antécédents, on relève une néphrite aigüe en 1908, ayant motivé une assez longue hospitalisation pour néphrite.

Dans les urines, on trouve actuellement de l'albumine et des leucocytes.

A son admission, le bas-ventre est un peu sensible; au toucher, le col est épais, large; l'orifice externe a des bords irréguliers. L'utérus grossi, de la taille d'un petit point, antéfléchi; on ne peut sentir les annexes.

La température est de 38°4, le pouls de 108. On pose le diagnostic de péri-endométrite — glace sur le ventre — repos.

Deux jours après son admission, la femme saigne toujours, la température oscille entre 36°5 et 37°, avec un pouls à 88.

Six jours après son admission, l'état général étant bon, brusquement la femme pâlit, le pouls ne s'accélère pas, mais devient petit; son abdomen est un peu douloureux, matité sus-pubienne, et dans les flancs; la femme saigne toujours.

On opère alors pour extra-utérine rompue.

Dès l'ouverture du péritoine, on trouve beaucoup de sang liquide et coagulé dans la cavité péritonéale.

On sent une tumeur annexielle à droite, que l'on extériorise après l'avoir libérée de ses adhérences; c'est la trompe droite, rupturée à sa partie moyenne. De plus, l'orifice abdominal est béant et rempli de vieux caillots.

Salpingectomie droite.

A gauche, les annexes sont hyperhémiées; il y a un hématosalpinx — annexectomie.

On fait la toilette du péritoine, et on trouve un foetus correspondant à une grossesse de trois mois. Suture de la paroi.

Suites normales.

FORMES PSEUDO ABORTIVES.

Quand une femme a des douleurs dans le bas-ventre, qu'elle saigne, quand il y a eu irrégularité des règles, le médecin pense de suite à l'avortement utérin. Il a appris, en obstétrique, alors qu'il était étudiant, l'avortement utérin; mais il se souvient peu de l'avortement tubaire, et il prend une fausse-couche tubaire pour une fausse-couche utérine. Le danger est d'autant plus grand, que la malade saigne peu. Le cas ne paraît pas urgent, et dans les cas qui nous intéressent, la femme a déjà une hémorragie interne.

Les avortements tubaires donnent plus souvent que la rupture, cette symptomatologie pseudo-abortive. En effet, l'avortement tubaire, quand il se produit, s'accompagne de douleurs pelviennes, moins vives; la syncope est plus rare, l'état de shock, moins accusé ou inexistant, et l'anémie est moins brutale.

La femme saigne par le vagin, et c'est ce minimum de signes pelviens avec écoulement vaginal, qui entraîne l'erreur. D'après Reymond [17], ces écoulements vaginaux peuvent être abondants et seraient constants. C'est pourquoi l'avortement tubaire avec inondation minime est surtout confondu avec l'avortement utérin du deuxième mois. Celui-ci, comme la grossesse extra-utérine, présente des prodromes, petites taches de sang, douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont avant tout lombaires, puis deviennent médianes et périodiques. Ce sont des douleurs utérines d'expulsion, douleurs de tranchées, que la femme multipare comparera aux tranchées de l'accouchement, comme le dit Jeannin [18]. Ces douleurs d'avortement utérin, à qui les a étudiées un peu soigneusement, ne peuvent théoriquement pas être prises pour des douleurs pelviennes de la grossesse extra-utérine en voie d'interruption.

Quant au toucher et au palper bimanuel, ils donnent des renseignements considérables. L'utérus sera plus gros qu'il ne l'est dans un avortement tubaire, et sa mobilisation est indolore; il n'y a pas de « signe du Douglas ». L'absence de ce dernier, ces douleurs de tranchées, l'aménorrhée, l'absence de ce dernier, ro-utérine, tout concorde à différencier les deux avortements, et cependant bien des médecins prennent l'avortement tubaire pour un simple avortement, parce qu'ils oublient la valeur de la sensibilité du cul-de-sac postérieur, parce qu'ils se contentent d'examiner le col; ils n'explorent pas les culs-de-sac latéraux.

Et quand l'orifice externe est un peu ouvert, ils jugent que seul un avortement ordinaire peut le faire. De plus, pour eux, la présence des membranes dans le sang perdu n'entraîne pas le réflexe de penser à l'élimination d'une caduque. Ils font un curetage, ils ramènent peu de chose, et ils concluent qu'ils ont eu affaire à un avortement terminé.

D'autre fois, ils conseillent seulement le repos, et la glace sur le ventre, et annoncent leur visite pour le lendemain. La femme est pâle, ils expliquent la pâleur par l'hémorragie vaginale dont ils n'ont pas été témoins, mais ils ne songent pas à percuter l'abdomen et ce simple examen leur permettrait parfois de trouver déjà une matité.

Cependant, comme malgré le repos, le curettage, l'état ne s'améliore pas, on envoie alors la malade dans une clinique, et là, le gynécologiste découvre l'extra-utérine et l'inondation.

1) *Obs. n°* 247, 1928, *Gyn.*

Mme R., le 10 avril 1928, est envoyée à la clinique avec le diagnostic d'avortement. Cette femme est bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Son passé génital est assez chargé. Annexite bilatérale en 1921, traitée par l'abstention, repos et chaleur, et une fausse-couche en 1922. Ses dernières règles remontent au 14 janvier. Aménorrhée en février. Au début mars, elle saigne un peu, et présente un vagin sedématié, endolorissement de tout le bas-ventre; même état durant tout le mois de mars, et le début du mois d'avril.

Les 8-9 avril les douleurs dans le ventre deviennent plus vives, elles sont crampoïdes; la malade saigne, et dans ce sang, on trouve de gros caillots avec des débris de membranes. La femme est faible, dans un état lipothymique. Le médecin appelé fait le diagnostic de fausse-couche avec hémorragie abondante, et fait garder le lit à la malade. Il revient le 10: la femme est pâle, l'état général inquiétant; il l'adresse au service.

A son arrivée, la femme a une tension artérielle de 110/55, le pouls un peu rapide, la pâleur et l'état général donnent l'impression d'une hémorragie interne; le ventre est un peu ballonné, sensible, et on trouve une matité sous-ombilicale, mobile avec les positions de la malade.

Le toucher montre la présence de gros caillots dans le vagin, le col un peu ouvert, l'utérus agrandi; le Douglas, très sensible, bombe dans le vagin. On pose le diagnostic d'extra-utérine rompue.

On opère, et dès l'ouverture du péritoine, on trouve du sang liquide et de nombreux caillots entre les anses intestinales. L'exploration fait constater qu'il s'agit d'une grossesse tubaire gauche; on trouve un diverticule de la taille d'un gros oeuf de poule, et en épongeant le sang, on voit que la rupture porte sur le pôle inférieur; à travers l'orifice de rupture jaillissent des villosités; en refoulant celles-ci l'orifice permet le petit doigt. L'ovaire gauche est sain. Salpingectomie. A droite, une tumeur kystique faite de la trompe et de l'ovaire; cette tumeur, entourée de l'épiploon y adhère fortement. Salpingec-

tomie droite partielle, et excision d'un lambeau d'épiploon. On referme.

Dès la fin de l'opération, le pouls est bon; l'état général aussi, et quatorze jours après, la malade quittait le service.

2) *Obs. n° 767a, 1922, Gyn.*

Femme de 32 ans, envoyée à la clinique le 13 décembre, avec le diagnostic: péritonite.

A l'admission, état général très mauvais; femme pâle, exsangue, pouls irrégulier et faible, parfois palpable, parfois imperceptible.

A ce moment, la femme fait une syncope. Abdomen un peu ballonné, pas de résistance musculaire; palpation douloureuse dans tout le bas-ventre. Matité des parties déclives.

Au toucher, col dans l'axe, entr'ouvert, et qui saigne; utérus impossible à délimiter exactement, tant la palpation est douloureuse: les culs-de-sac ne bombent pas.

On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Tandis qu'on se prépare pour l'opération, on interroge la malade revenue de sa syncope. Avec peine elle dit avoir eu ses dernières règles fin octobre.

Le 5 décembre, après un travail violent, la malade se met à saigner; se sentant mal et saignant un peu chaque jour, elle est allé chez son médecin, qui pense à un avortement, puisque le col était entr'ouvert, et il pratique un curetage le 9 décembre 1922. Le 10, au soir, la malade eut des douleurs dans la région épigastrique et vomit à deux reprises, puis amélioration; les 11 et 12 décembre, vomissements fréquents, douleurs épigastriques avec crises paroxystiques, suivies de syncopes. Arrêt des gaz.

Opérée d'urgence, on trouva un abdomen plein de sang, et par hasard, le foetus de 3 à 4 centimètres. La trompe droite est rompue. Annexectomie.

Malgré le camphre, la caféine et le sérum, la malade succomba à son anémie. Confirmation par l'autopsie.

Nous venons de parler des cas catalogués « formes pseudo-abortives », parce que le docteur de la patiente s'était contenté d'un examen trop superficiel. Or, il existe des cas où, malgré un examen très approfondi, le dilemme persiste.

Les pertes sanguines par le vagin ont été particulièrement importantes, les douleurs pelviennes ont présenté des irradiations lombaires, l'utérus est gros, sensible comme dans une grossesse utérine, menacée d'avortement, et le Douglas et les culs-de-sac latéraux ne sont pas spécialement sensibles. L'état d'anémie n'est pas prononcé. Que faire? Garder la femme en observation, la surveiller. Si les douleurs irradient à tout le ventre, se méfier, car dans les avortements utérins, elles restent localisées au bas-ventre et à la région lombaire. Il faut toucher à nouveau la malade, peut-être trouvera-t-on un cul-de- sac de Douglas plus sensible, l'utérus ne se sera pas modifié ou aura été rejeté en avant vers le pubis. Dans le doute, il faut ponction-

ner, à moins que, brusquement, on ne découvre une matité, et que l'anémie aigüe commence à se dessiner, établissant ainsi le diagnostic. Lecène [19], en 1910, a publié deux observations d'avortements tubaires, avec inondation importante, où le diagnostic entre l'avortement tubaire et l'avortement utérin ne fut posé que lors de l'apparition des signes d'anémie aigüe.

Obs. n° 522, 1926, *Gyn.*

Mme H., 31 ans, est adressée à la clinique par son médecin, pour avortement, le 10 septembre 1926. Rien à signaler dans ses antécédents. Elle a eu cinq grossesses normales; enfants vivants; pas de fausse couche.

Depuis quelques temps, abondantes pertes blanches. Règles tous les trente jours; ses dernières époques remontent aux 15-18 juillet.

En août, aménorrhée; bon état général. Sept semaines après ses dernières règles, elle se met à saigner un peu faiblement chaque jour. Une semaine plus tard, elle présente des douleurs dans la région lombaire, qui irradient vers le bas-ventre. Son médecin lui conseille le repos au lit; malgré le repos, les douleurs s'accentuent, et elle continue à saigner plus abondamment.

C'est donc quinze jours après le début des pertes qu'elle est admise.

A son entrée, à 18 heures, on trouve une femme sous-alimentée, un peu pâle. L'abdomen est souple, pas de tympanisme. Elle perd un peu de sang; col 2 cm. 1/2 dans l'axe, fermé; utérus accru de volume, mou. Diagnostic: grossesse de six à huit semaines.

Annexes gauches un peu sensibles. Annexes droites un peu sensibles aussi, et légèrement augmentées de volume. On admet la malade au service d'accouchement, pour menace d'avortement.

Le 11, à 8 heures, pouls 76 pulsations; température 36°6. Elle perd toujours un peu.

A 16 h. 30, la malade se plaint de douleurs violentes dans la région vésiculaire, et elle a quelques crampes dans le bas-ventre. Pas de tympanisme, pouls et température normaux.

18 heures: les douleurs abdominales sont plus vives; la malade est très pâle, faible, mais n'a pas perdu connaissance; le pouls est à 84, il y a du tympanisme et un peu de matité libre, se déplaçant suivant le point déclive.

On pose le diagnostic d'extra-utérine rompue, et l'on opère. L'abdomen est plein de sang liquide et de caillots; on va aux annexes. La trompe gauche est rompue à sa partie isthmique; orifice de rupture de la taille d'un franc, situé au pôle supérieur. Au travers de ce dernier font saillie des villosités et un caillot. Ablation des annexes gauches. Toilette de l'abdomen. Suture.

Suites normales.

Enfin on se heurte à une dernière embûche: le médecin pense à des suites d'avortement septique, parce que la femme lui dit avoir beaucoup saigné, et avoir expulsé des caillots avec débris de « quelque chose », et qu'actuellement elle présente

une température aux environs de 38, avec un pouls un peu rapide. La face est terreuse, nez pincé; il y a du subictère; le toucher montre alors un Douglas déplissé, bombant dans le vagin. La palpation délimite une zone de matité. C'est une vieille inondation en voie de résorption, ou une hématocèle importante. Le diagnostic entre les deux variétés d'épanchement est à peu près impossible. Ce n'est qu'à l'intervention qu'on le fera, car dans les deux cas, il y a un léger degré d'anémie, le taux de l'hématine du sérum est élevée, et la vitesse de sédimentation est un peu augmentée. La ponction du Douglas ne permettra pas non plus le diagnostic, c'est l'intervention seule qui le fera.

Il est tout à fait exceptionnel qu'un avortement *utérin* emprunte la symptomatologie d'une inondation péritonéale. En pareil cas, il y a reflux d'un peu de sang utérin dans les trompes, et irruption de ce sang dans le péritoine. Muller et Oberling [20], chez une femme qui venait de faire un avortement du quatrième mois, ont vu apparaître une pâleur accusée, des douleurs pelviennes irradiant dans les hypochondres. Le toucher montra un Douglas très sensible. On opéra pour extra-utérine, et à l'intervention, on trouva 300 grammes de sang déjà un peu ancien dans le péritoine. Les annexes étaient saines.

Fermeture de la paroi, après toilette abdominale.

FORMES PSEUDO-APPENDICULAIRES.

La confusion entre extra-utérine rompue ou avortée, et appendicite, est souvent due à ce que le médecin se contente d'un examen trop sommaire. Pour beaucoup de médecins, toute douleur dans la fosse iliaque droite correspond au diagnostic d'appendicite. On ne se préoccupe pas de la contracture, des antécédents, du sexe.

La contracture n'existe pas dans les hémopéritoines, le ventre est tendu, il est hypersensible comme dans l'appendicite, et la palpation amène une contracture réflexe.

L'erreur habituelle est de prendre la grossesse extra-utérine pour une appendicite aigüe, l'erreur inverse est exceptionnelle» (Mondor).

Et pour différencier les deux affections, il faut savoir rechercher les signes d'anèmie, au pouls, aux modifications que subit la face. On doit étudier de près la malade, comme le dit Stavridès [2]. Il ne faut pas se laisser induire en erreur par des troubles respiratoires, respiration superficielle, rapide, puisque ces signes peuvent exister dans les accidents de la grossesse ectopique, où ils sont des signes d'anémie. Dans l'appendicite, si le pouls est accéléré à 120 et plus, la température sera élevée à 38°5, 39. Or, un pouls à 120-140, pour une température à peine élevée, doit, chez la femme, faire songer d'emblée à l'hémorragie interne. De plus, une appendicite, même grave, à début aigü, ne s'accompagne pas en général de tendance syncopale, de vertige à répétition.

Le signe du Douglas n'est pas ici d'un grand secours, car il existe aussi bien dans l'appendicite que dans les inondations péritonéales. Mais le toucher vaginal permet de découvrir parfois dans les appendicites une collection pelvienne.

Enfin, dans les appendicites aigües, les réflexes abdominaux sont diminués; cette diminution, associée à un état de contracture, ne se retrouve pas dans les grossesses extra-utérines et dans les exsudats péritonéaux.

Quant aux signes urinaires, on peut les trouver aussi bien dans les appendicites que dans les grossesses extra-utérines; ils ont une tendance à être plus accusés dans la grossesse ectopique. C'est tout.

Le signe de Nard ou de la voussure sous-ombilicale, peut se trouver dans les deux affections, mais quand un signe de

Nard s'associe à l'anémie, à une vitesse de sédimentation normale, à une leucocytose transitoire, on peut presque à coup sûr rejeter le diganostic d'appendicite. L'appendicite peut donner de gros abcès pelviens déplissant le Douglas et le faisant bomber, sans que celui-ci soit douloureux; c'est un vrai signe de Solowij et seule la ponction du Douglas permettra de dire s'il s'agit d'un épanchement sanguin, ou d'un épanchement purulent. Cette ponction du Douglas peut donc être pratiquée dès que le doute existe, car elle donne à peu près infailliblement le diagnostic. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Villar[22] la préconise constamment dans le diagnostic des inondations. Quelquefois enfin, on ne peut se prononcer; on garde alors la malade sous étroite surveillance, jusqu'au moment où la rupture se précise par l'apparition de un ou plusieurs signes classiques. Nous reproduisons ci-dessous intégralement l'observation d'une malade ayant eu une inondation péritonéale de ce type.

Obs. n° 717, 1923, Gyn.

Mme B., entrée le 7 décembre 1923.

A son entrée, on relève:

Antécédents héréditaires: s. p.

Antécédents personnels: souffre des poumons depuis trois-quatre ans. Admission au sanatorium mai 1922 pendant huit semaines. 1922. affection des annexes ? avant la grossesse ; commencement de hernie.

Menstruation: Début à l'âge de 17 ans; toujours irrégulière, avec deux semaines de retard, non douloureuses, abondantes, durant jusqu'à 10-12 jours. Dernières règles: 1 octobre 1919, très fortes, durant longtemps; consultation à la Policlinique.

Grossesses antérieures:

1° accouchement: 1912, à terme; suites s. p.

2° accouchement: fin mars 1913: prématuré. mort après l'accouchement.

3° fausse-couche: quatrième mois, 1914. Curetage. Fièvre, a la Clinique.

4° fausse-couche: huitième semaine, 1916.

5° accouchement: 1922, à terme, normal; suites s. p. Pendant la grossesse, point pulmonaire à droite.

Anamnèse spéciale: Le 4 décembre, la malade fut prise dans la nuit par des douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche. Le médecin consulté a conseillé du repos. Pas de vomissements. Hier, les douleurs ont repris dans tout l'abdomen. Le médecin, supposant une grossesse extra-utérine, a envoyé la malade à la clinique

Selles: assez régulières; aujourd'hui, trois selles.

Miction: s. p.

Flueurs: considérables en août, septembre.

Etat général: Constitution moyenne, nutrition satisfaisante; pas de goître. Seins petits.

Abdomen: Paroi flasque, abdomen un peu météorisé; pas

de défense musculaire. Point de Mac Burney extrêmement sensible déjà superficiellement.

Examen gynécologique:

parties externes: s. p.

annexes gauches: s. p.

Utérus développé vers la droite. Région des annexes sensible, de même vers l'appendice.

Coeur: Dédoublement du deuxième bruit à la base, pas à la pointe.

Poumons: Respiration rude aux deux sommets. Submatité à droite. Pas de murmure vésiculaire sur tout le poumon. Pas de râles.

Urines: s. p.

Diagnostic: On ne sait s'il s'agit d'une appendicite ou d'une extra-utérine; l'état est bon, on garde donc l'expectative.

Rapport sur le traitement.

10 décembre: La malade n'ayant pas eu de selle depuis deux jours, on lui donne à 9 heures un lavement à la glycérine, qui amène une bonne selle.

A 11 heures, la malade commence à se plaindre de fortes douleurs dans les reins et le vagin, tiraillements dans le bas-ventre. L'état général est bon, la langue pas chargée, les lèvres bien rouges, le pouls est bien rempli, sa fréquence alterne entre 78 et 80.

Le ventre n'est nullement sensible à la palpation, sauf un peu dans la fosse iliaque droite, où l'on sent une masse allongée, cylindrique, molle (caecum?).

A 13 heures, l'état n'a pas changé; peut-être les lèvres sont-elles un peu plus pâles qu'auparavant. Le pouls reste excellent.

A 14 heures, les douleurs ont disparu. La malade se sent tout à fait bien. Abdomen s. p. Pas de matité.

17 h. 30, à la visite du soir, la malade ne se plaint pas. Etat bon.

22 h.: la malade dort tranquillement depuis une heure.

11 décembre: la malade est réveillée à 2 h. 30 par des crampes dans le bas-ventre qui, cette fois-ci, sont localisées à gauche; elle se plaint en plus de douleurs lombaires.

On l'examine à 2 h. 45: elle a bonne mine. Les muqueuses sont bien injectées. La langue pas chargée. Pas de fièvre. Pouls régulier, plein, 72.

Le ventre est un peu ballonné, les deux fosses iliaques et l'hypogastre sont sensibles à la palpation, mais très souples. La malade se plaint de ne pouvoir émettre des gaz qui l'oppriment.

On soupçonne dès ce moment la rupture d'une grossesse extra-utérine, mais le tableau clinique n'étant pas net, on continue à observer la malade. On introduit la sonde rectale pour permettre l'émission des gaz.

A 3 h. 30 aucun changement ne s'est produit. La malade a bonne mine. Le pouls est plein; pas de matité dans les flancs. La malade a toujours des crampes à gauche. Pas d'hémorragie par le vagin.

A 3 h. 50, un changement se dessine. La malade est devenue un peu pâle; le ventre est un peu ballonné; les gaz ne sont pas sortis par la sonde rectale; le bas-ventre est devenu sensible à la palpation, mais la paroi reste souple. Pas de matité à percuter.

Le pouls est devenu plus lent: 68 pulsations; il a diminué d'amplitude et est plus mou qu'auparavant.

Examen gynécologique: le col utérin, rapporté dans la symphyse, peut être abaissé. Le cul-de-sac postérieur bombe, est très sensible à la palpation. Sa consistance est molle. A ce moment on pense que le diagnostic d'inondation péritonéale par rupture de grossesse interstitielle est suffisamment assuré, pour justifier l'intervention d'urgence. On téléphone au professeur qui ordonne l'intervention.

Dans la demi-heure qui précède l'opération, le diagnostic devient tout à fait sûr. La malade est très pâle, le ventre est ballonné, dans les flancs et dans l'hypogastre, une matité se forme, dépassant le pubis de trois travers de doigt.

Le pouls est devenu petit et mou, il s'accélère un peu et bat à 80 peu avant le début de la narcose.

4 h. 45: Opération. Anesthésie générale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on aperçoit un épanchement libre de sang noir, liquide. Le grêle et surtout le gros intestin sont fortement distendus par des gaz. On éponge le sang et on refoule les intestins. L'excavation est pleine de sang et de caillots noirs mous, peu adhérents, qu'on enlève. On aperçoit alors un kyste de l'ovaire gauche, unique, grand comme un petit oeuf de poule; la trompe gauche ne présente rien de particulier, mais à son insertion, sur la corne utérine, on trouve une tumeur arrondie, grosse comme une noix, noire, paraissant gorgée de sang et présentant à sa face postérieure un orifice de rupture, grand comme le diamètre d'un crayon, dont émerge un caillot et s'écoule encore du sang. On pratique d'abord l'ablation de l'ovaire et de la trompe, et ensuite, en taillant en plein muscle utérin, l'ablation de cette petite tumeur. Suture immédiate de la tranche utérine, ligatures, péritonisation du moignon. On révise les annexes droites qui ne sont nullement altérées. L'appendice est mince, de taille et coloration normales, sans adhérences.

On évacue encore quelques gros caillots remplissant le Douglas. Suture de la paroi plan par plan.

16 décembre: L'évolution post-opératoire a été tout à fait normale. Agrafes enlevées, plaie en bon état.

23 décembre: Sortie. Etat général bon. Etat local: infiltration du volume d'une mandarine dans le Douglas.

FORMES PSEUDO-PERITONITIQUES.

Une inondation péritonéale de la grossesse extra-utérine de type péritonique, se caractérise par une température élevée: 38, 38,5 environ, par des vomissements fréquents, par une contracture de la paroi abdominale, associée à une hyperesthésie Ce tableau, découvert chez une femme adulte, ayant un faciès d'infecté, plus que d'anémique, fait songer de suite à une péritonite.

Si le début des accidents est cataclysmique avec douleur en coup de poignard dans le bas-ventre, suivie de syncope à répétition, on songera évidemment à une extra-utérine. Mais si le même début a été plus insidieux, quelques douleurs vives, quelques vertiges, et que la femme ait présenté dans ses antécédents proches une affection génitale (annexite), on pensera de suite à une péritonite, à un pyosalpinx rompu, surtout si le ventre est tendu, contracturé, et qu'on ne relève pas de matité nette, le tout associé à une température élevée. Si l'on dit pyosalpinx rompu, l'erreur est vite corrigée par l'acte opératoire.

Pour montrer les difficultés que le chirurgien peut rencontrer dans les affections chirurgicales du pelvis nous reproduisons ici une observation de rupture d'un kyste infecté de l'ovaire, où il manquait la contracture abdominale.

Obs. n° 489, 1923, *Gyn.*

Mlle W., 38 ans.

Antécédents: s. p.

Cette femme, qui a eu une grossesse normale en 1905, a eu ses règles toujours normales. Dernières règles: 27 juillet 1923

Anamnèse spéciale: Le 6 mai 1923, la malade ressentit subitement des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Depuis cette date, elle est alitée. Le médecin qu'elle consulte, trouva une tumeur de l'ovaire gauche qu'il crut inflammatoire, et il la traita par des compresses chaudes et le thermoplasme. La malade avait eu encore entre temps des pertes jaunâtres. N'avait jamais eu de brûlures à la miction.

Le 27 juillet 1923, la malade ressentit subitement une très vive douleur dans le bas-ventre, accompagnée de vertiges. Pas de vomissements, pas d'arrêt des selles ni des gaz.

Le 1er août 1923, c'est-à-dire le jour de son admission, à 10 heures du matin, elle ressentit de nouveau cette douleur vive du côté gauche, accompagnée de vertiges, etc.

Lors de son arrivée, la malade a très mauvaise mine; le faciès est jaunâtre, pâle; faciès des grandes infectées purulentes.

Le pouls est petit, filiforme, très accéléré. Température 38°4.

Etat général des plus mauvais. Etat de nutrition très médiocre.

Abdomen: Ventre plutôt rétracté que ballonné. Palpation de l'abdomen très douloureuse. Pas de matité nette, peu étendue et très incertaine dans les flancs.

Abdomen très tendu, douloureux, à la palpation; on a l'impression qu'il doit s'agir d'un pyosalpinx rompu dans l'abdomen, à moins qu'il ne s'agisse d'une *extra-utérine*, quoiqu'il en soit l'intervention s'impose.

Examen gynécologique: Parties externes, s. p. Col dans l'axe. Orifice externe fermé. Culs-de-sac vaginaux: pas de voussure, pas de dolorosité marquée.

La malade tend énormément ses parois abdominales à cause de la douleur provoquée par la palpation, et on ne parvient pas à palper de tumeur.

Coeur, poumons, urines, selles, s. p.

1er août: Opération. Anesthésie générale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'incision du péritoine, il s'écoule beaucoup de pus. On voit alors qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche infecté, rompu. On pratique l'ovariectomie comme d'habitude. Péritonisation du moignon.

Ensuite on pratique de multiples incisions, une dans les flancs de chaque côté, et une sous le rebord costal des deux côtés (en tout cinq incisions). Par les incisions, on pratique le drainage par des tubes de caoutchouc. Fermeture de l'incision, première et principale, comme d'habitude en différents plans.

2 *août:* Rien à la miction; les gaz passent bien. Renouvellement des pansements qui sont fortement imbibés de pus.

3 *août:* Gaz passent bien. Etat général satisfaisant. Raccourcissement des drains.

5 *août:* On raccourcit, lors du pansement, de nouveau les drains.

6 *août:* On enlève les drains les plus supérieurs, et on met une mèche de gaze vioformée. En même temps on raccourcit les 3 drains des deux fosses iliaques et du Douglas.

8 *août:* On enlève les 3 derniers drains, et on place de petites mèches de gaze vioformées. Suintement à peu près insignifiant.

17 *août:* Les deux incisions latérales droites sont bien guéries. Incision médiane. Suppure encore toujours passablement, de même l'incision latérale gauche inférieure; la supérieure est en voie de granulation. Pansement renouvelé tous les deux jours.

31 *août:* Toutes les incisions latérales, complètement guéries. La médiane se cicatrise bien, ne suppure plus du tout.

3 *septembre:* incisions guéries.

Examen gynécologique: Utérus en antéflexion. Petit moignon à gauche, non douloureux. Culs-de-sac libres.

Sortie.

Evidemment, dans ce cas, la température élevée, l'hyperesthésie cutanée, le faciès d'infectée, l'histoire de la maladie, faisaient pencher la balance vers l'idée d'un pyosalpinx rompu; cependant, il manquait la contracture abdominale, les vomisse-

ments l'arrêt des gaz. Il manquait donc le signe cardinal de la péritonite, la contracture, mais s'il s'était agi d'un pyosalpinx rompu, attendre la contracture, c'était aller à des désastres, car toute péritonite, avant d'être généralisée, est localisée, et c'est à ce stade qu'il faut opérer, surtout dans les péritonites d'origine pelvienne où la contracture est plus tardive. Donc ce minimum de signes commandait l'intervention, et malgré l'erreur commise, l'opération fut salvatrice.

On peut aussi être amené à poser un diagnostic erronné, non seulement parce que les symptômes sont modifiés, mais aussi parce que les faits qui ont précédé la maladie actuelle, étaient un peu particuliers.

Un peu de température, une douleur épigastrique, des vomissements fréquents, du hoquet, une matité marquée, un ventre tendu, et une femme qui avoue que, se croyant enceinte, a pris des irrigations? Qu'elle a saigné, puis qu'elle a eu mal les jours suivants... Il n'en faut pas plus pour songer à une intervention criminelle, suivie d'infection secondaire et de péritonite.

Obs. n° 29, 1924, *Gyn.*

Mlle M., 29 ans, est adressée à la clinique le 10 janvier 1924, à 15 h. 30, par son médecin, pour syndrome abdominal d'ordre gynécologique. Cette femme, depuis l'âge de 14 ans, est réglee régulièrement; en 1916, elle a eu un accouchement normal.

Ses dernières règles remontent au 28 octobre.

Depuis cette date, état général à peu près satisfaisant, à part des vomissements matinaux, presque quotidiens. La femme se croit enceinte et prend une irrigation au début de décembre, qu'elle renouvelle le 15 décembre; le soir, elle saigne du sang rouge, saignement qui se continue durant trois jours, pertes peu abondantes, quantité sensiblement équivalente à ses époques. Puis, à partir du 18 décembre, arrêt des pertes pendant dix jours. En fin décembre, la femme reprend une nouvelle irrigation, et à partir de cette date, la malade perd un peu de sang, parfois quelques gouttes seulement. Depuis la réapparition de ces pertes sanguines, la malade ressent des douleurs vagues dans le bas-ventre, douleurs qu'accentuent les vomissements. Elle a, au début janvier, deux jours de grippe (?); à ce moment, les douleurs se généralisent et sont particulièrement accentuées au creux épigastrique. Cet état se maintient jusqu'à hier au soir, où les douleurs deviennent si importantes, que la patiente fait venir un docteur; celui-ci nous l'envoie.

A l'admission, teint pâle, traits tirés; muqueuses bien injectées, pouls à 130, bien frappé; température 37°9. L'abdomen est très tendu et très sensible à la palpation. Les douleurs sont plus prononcées au niveau de la fosse iliaque droite et dans le creux épigastrique.

Tympanisme dans l'étage sus-ombilical; matité de tout l'étage sous-ombilical matité absolue, remontant à 15 cm. de la symphyse.

Examen gynécologique: vulve: s. p. Le col présente un orifice externe tout au plus perméable à la pulpe. Les culs-de-

sac et le Douglas, très sensibles, bombent dans le vagin, le cul-de-sac antérieur surtout. L'examen bimanuel est impossible.

A 16 heures: Comme la femme nous dit avoir pratiqué des irrigations, et qu'actuellement il n'y a ni selles ni gaz, depuis plus de 24 heures, comme elle présente du hoquet et des vomissements, et qu'elle n'a pas eu de syncope, on pense à une péritonite secondaire à une intervention criminelle que la femme n'avoue pas.

17 heures: Opération pour péritonite. Anesthésie: éther.

Laparotomie. Avant d'avoir ouvert le péritoine, il apparaît bleuâtre par transparence; on pense alors à une extra-utérine. Le péritoine ouvert, on tombe sur un énorme plastron de sang coagulé, remontant jusqu'à l'épigastre, et recouvrant tous les viscères abdominaux. Il n'y a que deux cuillers à soupe de sang liquide dans la cavité péritonéale. On refoule les intestins. L'utérus gros correspond à une grossesse du deuxième, mois. On plonge la main dans le bassin, on tombe sur une tumeur qui se rompt; il s'écoule du liquide amniotique, et un foetus du quatrième mois est expulsé. Il s'agit des annexes droites dilatées en forme de poche et rompues. Dans la cavité de la trompe, il reste le placenta. Annexectomie droite. A gauche, rien à signaler. Toilette de la cavité péritonéale. Fermeture. L'examen de la pièce montre la trompe transformée en une poche de la taille d'un gros poing. L'isthme est normal. L'ampoule est rompue sur 5 centimètres de long pour une largeur de 1 centimètre, la rupture se trouve à la face supérieure. Le pavillon se trouve au pôle opposé, il est distendu, béant.

La femme fit une suppuration de la paroi abdominale, et quitta le service un mois après l'intervention.

Il peut arriver, quoique exceptionnellement, que la grossesse extra-utérine compliquée d'inondation péritonéale, simule à s'y méprendre une péritonite. Paquet [23] voit une malade qui a le faciès péritonéal, le ventre plat, d'une dureté ligneuse, la douleur maximum est à l'épigastre, le pouls, après avoir été à 110, est à 96, régulier et plein; l'état actuel a été précédé d'une période de troubles intestinaux graves. Et cependant il s'agissait d'un épanchement de plus d'un litre, consécutif à une rupture tubaire. Rochet et Labry [24] ont eu une malade dont les douleurs initiales épigastriques irradièrent d'emblée dans le dos et à l'épaule droite. La malade, vue peu de de temps après ce début brutal, présentait une hyperesthésie de tout l'abdomen, il n'y avait pas de contracture; le ventre était souple. Il y avait bien un retard des règles de deux mois, mais comment l'interpréter? Le toucher vaginal ne présentait rien d'anormal, si ce n'est un peu de sensibilité du Douglas, et chez cette malade, l'aménorrhée ne signifiait rien, la femme présentant de fréquents retard menstruels. Ils ont opéré pour ulcère perforé ou pour perforation de la vésicule biliaire; il y avait disparition de la matité préhépatique, et pas de matité déclive. A l'intervention, ils se sont trouvés devant une grossesse ampullaire rompue avec

foetus de trois mois, libre dans la cavité abdominale remplie par près de deux litres de sang. Chalier [25] se trouva devant un cas analogue: il y avait syndrome péritonitique avec contracture et l'intervention montra une trompe gravide rompue, avec hémopéritoine considérable.

Paquet et Chalier avaient la contracture abdominale; c'était leur pierre de touche. Rochet et Labry ne l'avait pas, mais le début des accidents était si nettement d'un syndrome de perforation, qu'ils pensaient se trouver au stade initial. L'erreur de ces auteurs s'explique donc aisément et l'on ne peut trouver la moindre attaque à formuler.

Par contre, d'autre fois, le chirurgien ne saura pas voir, il se laissera subjuguer par les antécédents de la maladie, bien que l'évolution clinique soit celle des accidents hémorragiques de la gravidité ectopique. Il attachera trop d'importance à un ulcère d'estomac dont la malade est atteinte, à une cholécystite, du fait que la patiente a déjà eu plusieurs crises appendiculaires que l'on a refroidies, et pour peu que la douleur initiale soit de localisation atypique, on pose le diagnostic d'ulcère perforé, de vésicule biliaire rompue, etc., bien que par ailleurs tous les signes soient ceux d'une hémorragie abdominale.

De pareilles erreurs se produisent. On intervient: il n'y a que demi-mal, une erreur de diagnostic. Il ne faudrait pas croire que toujours le chirurgien se laissera entraîner, subjugué par l'histoire d'un ulcère, etc.; souvent même, il évitera le danger, il corrigera son diagnostic, ou celui d'un confrère; l'observation ci-dessous que nous avons relevée en est un exemple.

Obs. n° 710, 1924, Gyn.

Mlle K., 24 ans, est envoyée à la clinique, à 17 heures, par son docteur, pour syndrome abdominal, avec vomissements et syncopes, et douleurs dans le bas-ventre.

Cette femme, depuis quelques années, présentait une affection stomacale, probablement un ulcus, qui actuellement ne donne aucun symptôme.

Au point de vue génital, menstruation régulière. Dernières règles: 24 au 28 octobre.

Elle a eu deux avortements.

En novembre, aménorrhée; la malade dit qu'elle ne s'est pas crue enceinte; elle attribue ce retard à un bain froid pris quelques jours avant la date de ses époques.

Cette femme est une grande constipée; aussi aujourd'hui, quand à 14 heures elle fut prise de crampes dans le ventre, avec nausées, vomissements et vertiges, elle attribua ces malaises à une affection gastrique. Elle appela cependant son docteur en consultation.

A son admission: Pâleur considérable des téguments, muqueuses absolument décolorées, pouls filant, incomptable. L'abdomen est très tendu, ballonné; il y a une matité dans les flancs,

remontant à quatre travers de doigt des crêtes iliaques. Matité mobile. Tympanisme susombilical très marqué. Pas de selles, gaz fonctionneraient.

Au toucher, sensibilité très nette du Douglas qui bombe; culs-de-sac, idem, mais ils sont moins douloureux.

17 h. 15: Opération. Indication: extra-utérine rompue. L'abdomen est plein de sang frais, les anses sont très météorisées et gênent considérablement. La trompe droite, violacée, présente à sa partie isthmique une tumeur de la taille d'une noix verte. Sur la face antéro-inférieure, on trouve un orifice punctiforme qui saigne. L'ovaire est soudé à la trompe. Annexectomie. On vide le plus de sang possible. Suture de la paroi.

Le lendemain, météorisme généralisé. Vomissements.

Dans les jours suivants, tout rentre dans l'ordre, et deux semaines après l'intervention, la malade quitte le service.

De même, nous publions ici une seconde observation, où l'erreur de diagnostic aurait pu être faite. On connaît le rôle néfaste d'une purge intempestive; elle peut entraîner une péritonite, quand il y a une collection localisée, par le traumatisme qu'elle engendre; elle généralise l'infection, et comme dans le cas suivant, où les accidents débutent à la suite de l'ingestion d'une purge, l'idée de péritonite aurait dû prévaloir.

Obs. n° 718, 1922, *Gyn.*

Mme O., 39 ans, est envoyée à la clinique, sans diagnostic, le 20 novembre 1922, vers minuit. A l'admission, on se trouve en présence d'une femme pâle, aux muqueuses totalement décolorées, au faciès terreux et grippé; les lèvres font exception, elles sont cyanotiques.

Le pouls est impalpable; le coeur a un rythme rapide incomptable, les bruits cardiaques sont sourds et lointains.

L'abdomen, non contracturé, est douloureux à la palpation, et dans les flancs, la percussion montre de la matité plus étendue à droite qu'à gauche.

Le col est dans l'axe, on ne peut mobiliser l'utérus, tant le toucher est douloureux.

L'interrogatoire apprend que cette femme a toujours été bien réglée; elle a eu trois grossesses avec accouchements normaux; ses dernières règles remontent au 12 novembre. La malade allait très bien, quand le 19 novembre, elle se sentit mal à son aise; elle avait mal au ventre; elle se coucha, et le 20 au matin, comme elle se sentait mieux, et qu'elle était constipée, elle prit une purge, puis vaqua toute la journée à ses occupations. Le soir, vers 17 heures, elle eut des nausées et vomit; en même temps, elle ressentit de violentes douleurs dans le bas-ventre, et elle se coucha; mais allant mieux, une demi-heure après, elle se leva, mais ne put quitter sa chambre, car une syncope la terrassa. Revenue à elle, elle présenta plusieurs vomissements, tandis que ses douleurs abdominales s'accentuaient de plus en plus; c'est alors que vers minuit, elle fit appeler un médecin qui ordonna son admission.

L'état d'anémie, le status et les antécédents, malgré le début des accidents après absorption d'une purge, posèrent le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

A l'opération, on trouva un ventre plein de sang et une grossesse isthmique rompue, de la taille d'une noisette, sur la trompe gauche. A droite, un petit kyste de l'ovaire. Salpingectomie gauche. Ovariectomie droite. Les suites furent normales.

Quel que soit le type clinique, la température, les modifications du faciès, l'histoire de la maladie ,les antécédents de la malade, le siège de la douleur, les vomissements, même bilieux, la paralysie intestinale, on doit songer à une péritonite, mais on ne doit l'affirmer que lorsqu'il y a *contracture*, contracture vraie, qui ne se laisse pas vaincre par une palpation douce et persévérante. C'est le seul signe différentiel, le seul bon signe, car la contracture est inexistante, à quelques exceptions près, dans les accidents des gestations ectopiques. « C'est un bon signe de différenciation, à la condition de savoir l'utiliser, c'est-à-dire de ne pas appeler contracture ce qui est tension et résistance, et de ne pas palper un ventre douloureux avec des mains trop appuyées » (Mondor).

Il peut arriver que la péritonite soit contemporaire d'une inondation péritonéale; les signes infectieux, les signes de péritonite se mêlent intimement aux signes d'hémorragie, ils sont confondus les uns avec les autres; le diagnostic entre les deux affections est impossible, et en général, on fera un diagnostic de péritonite qui dictera l'intervention, comme dans le cas de Violet [26]. Il opéra pour péritonite, et il s'est trouvé en présence d'une grossesse tubaire rompue, avec inondation péritonéale, et pyosalpinx rompu. La patiente succomba de péritonite précoce. Une telle éventualité est excessivement grave, presque toujours mortelle, l'hémorragie disséminant, en effet, à toute la cavité abdominale le contenu purulent de la poche salpingienne.

D'une manière générale, nous pouvons dire que les erreurs de diagnostic les plus fréquentes sont celles d'ulcère perforé, de cholécystite, quand la douleur initiale est épigastrique, de pyosalpinx rompu, quand la douleur est basse. Notons enfin que l'erreur contraire peut se faire, et que l'on opère pour extra-utérine, alors qu'il s'agit d'un pyosalpinx rompu (Huet-Mondor); il est exceptionnel qu'on opère pour extra-utérine, un ulcère gastrique ou duodénal perforé.

FORME PSEUDO-OCCLUSIVE.

Là encore, peu ou pas de signes d'anémie, mais de fortes douleurs, des vomissements, pas de gaz, un fort ballonnement généralisé à tout l'abdomen.

Le ballonnement est ici plus accusé qu'habituellement; c'est une distension généralisée à tout l'abdomen; elle est progressive, mais jamais elle n'est aussi considérable que dans une occlusion intestinale. Ce syndrome occlusif copie le tableau d'un iléus paralytique; jamais on ne voit de péristaltisme, et les anses intestinales ne se dessinent pas sur la paroi, à moins que celle-ci ne présente une musculature totalement déficiente, comme cela se rencontre chez certaines femmes ayant eu de nombreuses grossesses.

Les vomissements sont fréquents, abondants, alimentaires, parfois bilieux, mais jamais fécaloïdes.

Il y a arrêt des gaz, des selles.

Pinard enseignait que « si l'on constatait des signes d'occlusion au début d'une gestation, il fallait d'abord songer à une grossesse extra-utérine interrompue », car souvent à l'inondation péritonéale se surajoute un certain degré d'occlusion paralytique, et les anses distendues, rejetées en avant, viennent masquer les signes d'épanchement.

L'état paraît bon, il n'y a pas d'anémie, ou il y en a peu, la malade réagit bien; mais il se peut que brusquement l'état s'aggrave, et que l'apparition des signes d'anémie coïncide avec un état très grave. Il faut donc, si possible, faire un diagnostic précoce.

On rejettera l'idée d'*occlusion intestinale* vraie quand il y aura absence de péristaltisme, quand on ne sentira aucune anse nettement délimitée.

Un ballonnement généralisé a toute l'étendue de l'abdomen est peu en faveur d'une occlusion vraie, ou en général il y a des zones de consistance différente, et le ballonnement est le plus souvent asymétrique.

La percussion montre parfois dans les occlusions intestinales des zones de matité suspendue, dues à la présence de liquide dans l'inondation péritonéale « pseudo-occlusive ».

Enfin il n'y a pas le « cri du Douglas » dans les occlusions, à moins que celles-ci, arrivées à leur stade terminal, ne se compliquent de réaction péritonéale exsudative.

De même, une *occlusion paralytique* consécutive à des crises de colique néphrétique, hépatique, ne pourra être prise en considération, quand le « signe du Douglas » est positif.

Le diagnostic différentiel d'une appendicite compliquée d'occlusion mi-paralytique et mi-mécanique est très complexe. Il y a des douleurs dans la fosse iliaque droite, du ballonnement de l'abdomen, et souvent une matité dans la fosse iliaque droite par présence d'une collection rétro-caecale, méso-coeliaque, il y a une fièvre peu élevée, rarement de la contracture.

C'est l'histoire de la maladie qui fera le diagnostic, et on peut dire qu'en pratique, on ne le fait pas, on opère, et c'est le principal.

Actuellement, on connaît la grande tendance qu'ont les grossesses ectopiques compliquées d'inondation à donner des symptômes occlusifs.

Aussi chez une femme présentant un syndrome occlusif un peu particulier, et chez laquelle on relève dans les antécédents proches des douleurs pelviennes, une irrégularité menstruelle, des petites hémorragies, puis un accident plus aigü deux ou trois jours auparavant, avec douleurs pelviennes plus vives et faiblesse, on doit songer à une « extra-utérine ». La constatation d'un signe de « Proust » établit le diagnostic, même s'il n'y a pas de signe d'anémie.

Quand le toucher vaginal est négatif, l'idée d'extra-utérine peut être presque rejetée cependant, et en cas de doute, il faut ponctionner le Douglas.

Obs. n° 348, 1927, *Gyn.*

Mme K., 28 ans, est envoyée à la clinique le 22 août 1927 par son médecin, avec diagnostic de gravidité du cinquième mois, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre et de vomissements.

Cette femme est enceinte de cinq mois; aménorrhée complète, pas de troubles de la grossesse. Constipation opiniâtre.

Dans la nuit du 21 au 22, elle est prise de douleurs dans le bas-ventre, elle ne peut préciser le point où ces douleurs ont débuté.

Ces douleurs persistent jusqu'au matin, elles s'accompagnent d'un état nauséeux.

Elle se purge, mais elle ne parvient pas à avoir des selles; elle vomit tout. Au courant de la journée, même état, les gaz et les selles ne passent pas, les vomissements continuent.

A 19 heures, le médecin la voit, lui fait une piqûre d'opium, et nous l'envoie.

A son admission à 22 heures, l'état général est bon, le faciès n'est pas tiré, la langue est humide et propre. La température est à 36°8, le pouls à 100, bien frappé.

L'abdomen est très ballonné, tendu uniformément sur toute sa surface, sensible également partout. La matité hépatique se

distingue nettement. On ne perçoit pas de gargouillement, on ne voit pas de péristaltisme.

Pas d'hyperesthèsie de la paroi.

L'examen gynécologique permet de trouver un col mou, des culs-de-sac insensibles; on ne peut délimiter le fond utérin, le palper bi-manuel étant impossible.

Dans les urines, des traces d'albumine, pas de cylindres ni de pus. Sachant que l'on a fait de l'opium, on pense que l'état a été modifié, et l'on garde la patiente sous une étroite surveillance.

On fait du camphre pour soutenir le coeur, et du sérum pour que la malade ne se déshydrate pas et pour qu'il n'y ait pas de carence de chlorure.

On suspecte un iléus.

Le 23 au matin, pouls à 100, température 37°4, même pouls, même faciès, langue humide. Abdomen toujours aussi ballonné, assez sensible, sur toute sa surface, pas de péristaltisme, ni de gargouillements amphoriques. Les vomissements muqueux persistent.

Devant cet état d'iléus paralytique sans signes de toxi-infection péritonéale consécutive à une irritation péritonéale; cause inconnue Peut-être une grossesse ectopique en voie de rupture, ou une appendicite avec syndrome d'occlusion paralytique.

Une laparotomie s'impose, la malade la refuse. On donne un lavement de bile qui est sans effet; l'état général et l'état abdominal sont stationnaires.

A 12 heures, la malade se décide; même état.

Intervention: Laparotomie médiane sous-ombilicale; le péritoine apparaît foncé; à l'ouverture de la cavité, on trouve du sang mêlé aux anses intestinales météorisées.

Les anses une fois refoulées, on tombe sur une poche kystique, ovoïde, qui mesure 17 cm. dans son axe horizontal, pour une épaisseur de 12 cm. Cette poche repose sur le détroit supérieur et s'enfonce partiellement dans le bassin.

La trompe et l'ovaire y adhèrent. A sa partie supérieure on trouve un orifice de rupture, par lequel s'écoule le sang. Cette tumeur contracte des adhérences avec l'épiploon; on l libère, et on extrait la tumeur. Elle est reliée à l'utérus par un pédicule, c'est la trompe gauche, on l'excise. On ne trouve pas de sang dans le pelvis, la tumeur obstruant le détroit supérieur. A droite, petit hématosalpinx. Salpingectomie, fermeture de l'abdomen après toilette du péritoine.

L'examen de la pièce montra que cette tumeur est développée aux dépens de l'ampoule de la trompe gauche.

A l'ouverture, on trouve le placenta inséré au pôle proximal du kyste, et un foetus de 24 cm. bien conformé. Sur la face antérieure, l'orifice de rupture est de la taille d'une pièce de un franc, à travers lequel des villosités placentaires font irruption. En outre, sur la face supérieure, on retrouve de l'épiploon.

Le lendemain, les gaz passent, le ventre perd son ballonnement.

Du deuxième au quatrième jour, après l'intervention, légère poussée fébrile à 38, avec pouls à 120, puis rentrée dans l'ordre, et suites normales.

FORMES PARTICULIERES

A. *Grossesse abdominale rompue, inondation péritonéale exitus.*

La grossesse abdominale est une rareté. Richter[27] en a fait une étude complète. Son diagnostic de siège est impossible, c'est une découverte opératoire. La rupture est souvent précoce, comme dans la grossesse ovarienne; souvent il n'y a pas de retard des règles, pas de pertes sanguines, peu de douleurs pelviennes crampoïdes, ce qui fait que les antécédents sont réduits au minimum.

De plus, la rupture donne en général des hémorragies peu abondantes, et la réaction du péritoine est la règle. L'erreur de diagnostic est fréquente, souvent on croira avoir affaire à une appendicite pelvienne.

Elle peut donner aussi une hémorragie cataclysmique; on pose alors le diagnostic de rupture de grossesse ectopique.

Obs. n° 493, 1919, *Gyn.*

Mme L., 38 ans, est venue à la clinique le 24 août 1919, a été opérée dès son arrivée, et est décédée deux heures après

Antécédents: rien à signaler.

Menstruation: premières règles à quinze ans, régulières, toutes les quatre semaines, durée trois ou quatre jours; leucorrhée avant et après ses règles; dernières règles normales début de juin.

Grossesses antérieures : Cinq accouchements normaux à terme, trois enfants vivent, un étant mort à dix mois, un mort-né. Pas de fausse-couche.

Anamnèse spéciale. — Les dernières règles datent du début de juin. Au début de juillet, elles apparaissent à date fixe, mais elles ne durent que deux jours et sont moins abondantes.

Le 22 août au matin, elle se sentit mal, a mal à la tête, et présente des vertiges. L'après-midi, elle a de fortes douleurs dans le bas-ventre, ce sont des espèces de crampes, et elle se trouve mal. Le médecin consulté ordonne des compresses chaudes, et les douleurs s'apaisent. Le 23, elle se sent mieux, mais vers le soir, elle va moins bien.

Le 24, vers 11 heures, subitement les atroces douleurs la prennent dans tout le bas-ventre, avec maximum à gauche: elle s'évanouit, sa pâleur est inquiétante. Le médecin traitant appelle alors un confrère en consultation, et ils se décident à transporter la patiente à la clinique, car depuis le dernier accès, la pâleur n'a pas regressé.

A l'admission:

Etat général: mauvais; anémie très marquée, pouls normal à 120. Cependant, au bout d'un peu de temps, un quart d'heure

environ (temps où l'on prépare les instruments), il est moins rapide à 100, la malade se remet un peu de son transport en automobile qui l'a beaucoup fatiguée.

Abdomen: ballonné, sensible à la pression, surtout à gauche. Dans les parties déclives, matité nette de près d'une longueur de main, matité mobile, se déplaçant du côté inférieur quand on met la malade en décubitus.

Examen gynécologique. — Pas d'écoulement; col dans l'axe du vagin, fermé, utérus un peu agrandi en antéflexion. On sent dans les culs-de-sac des masses mollasses résistantes, surtout à gauche, les culs-de-sac et le Douglas sont très douloureux.

Diagnostic. Grossesse extra-utérine rompue.

Opération. — Narcose à l'éther. Incision médiane entre ombilic et symphyse. La cavité abdominale est pleine de sang liquide et de caillots très nombreux. Cependant les deux trompes ne sont pas rompues. A gauche, un caillot de sang est intimement collé à la trompe; on extirpe cette dernière avec l'ovaire, à droite. L'ovaire est kystique, on l'enlève. L'utérus est grossi, les tissus péri-utérins sont ramollis. On vide le Douglas, et après une recherche assez longue, on découvre sur le rétracteur gauche, à sa partie médiane, une déchirure de la taille d'une noisette, qui saigne fortement; dans cette même région, au niveau du Douglas, on trouve des suffusions sanguines sous-séreuses.

On ligature avec peine cette déchirure, et on referme.

Durant toute l'opération, le pouls fut variable, malgré l'huile camphrée, le digalène et le sérum; après suture de la déchirure, sérum artificiel. Deux minutes après l'opération, la respiration devient mauvaise; à l'auscultation, on constate des râles humides dans le thorax (Oedème pulmonaire), et malgré la respiration artificielle, elle succombe.

L'autopsie révèle une anémie très aigüe de tous les viscères, et un oedème du poumon *).

B. *Grossesse infundibulaire*

L'observation que nous reproduisons ici, a déjà été publiée par nous sous le titre: « Importante inondation péritonéale avec lésions minimes de grossesse tubaire. »

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue; tout d'abord, on s'est heurté aux dénégations formelles d'une demi-vierge comme le dit Cestan. Les antécédents sont réduits au minimum: l'hémorragie fut cataclysmique, et lors de l'intervention pratiquée d'extrême urgence, il a été presqu'impossible de discerner la trompe gravide. Il a fallu, pour que nous ayons la certitude de la grossesse, que nous pratiquions des coupes sériées. Celles-ci n'ont pas montré de vaisseaux impor-

*) Cette observation a été publiée par Jacquin, in Gyn. et Obst. t. I., 1922.

tants rompus. En aucun point des préparations, on n'a pu mettre en évidence des villosités. Par contre, on a trouvé assez souvent syncitium de Van Beneden dispersé sans aucun ordre et sans accompagnement de cellules de Langhans; et sur le morsus diaboli, nous avons trouvé une réaction myométriale du même type que celle décrite par Keiffer [29].

Pour plus de certitude, une réaction d'Ascheim et Zondek a été faite sur la souris et interprétée par le Professeur Aron; elle était positive, mais atypique. Enfin la malade ne présentait aucun signe d'hémogénie, nous ne savons donc pas comment expliquer cette inondation massive avec des lésions tubaires si insignifiantes.

Observation:

Au mois d'avril dernier, une jeune fille de dix-huit ans, sur les conseils d'un docteur qui l'a examinée, vient se faire admettre à la clinique, pour réaction inflammatoire pelvienne.

A son admission, l'interrogatoire ne révèle rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Chez elle, on ne note qu'une affection pulmonaire en 1930, et une crise appendiculaire opérée en 1931.

Du côté génital, elle n'accuse pas d'aménorrhées et ne peut pas, soi-disant, préciser la date de ses dernières règles; elle ne se souvient pas, — ce qui est peu probable, car elle nous dit par contre être réglée régulièrement — toutes les quatre semaines durant huit jours; règles peu douloureuses et très abondantes.

La maladie remonte à trois jours. En pleine santé, c'est un épisode brutal qui ouvre la scène par de violentes douleurs dans le bas-ventre, avec maximum à droite; la malade ne peut dire s'il s'agit de crampes semblables, mais en plus grand, à celles qu'elle ressent au moment de ses règles.

Cette crise fut passagère, et la malade n'interrompit pas son travail; d'ailleurs elle n'accuse pas d'autres troubles, pas de vomissements, pas de nausées, pas de syncopes.

Cependant il subsistait un fond douloureux; c'est pourquoi, trois jours après cette alarme, la malade alla consulter un docteur en ville. Or, chez ce dernier, au cours de l'examen, elle présenta un léger état syncopal, qui se renouvela lors de son retour à la maison; elle eut des nausées et un vomissement alimentaire.

Après ce nouvel incident, la malade s'effraya et se fit admettre en notre clinique, *où elle se rend à pied.*

A l'admission, le professeur Kreis examine la patiente; elle est un peu pâle, les lèvres ne sont pas décolorées; le pouls est bien frappé, régulier à 88 pulsations. La respiration est normale, non accélérée. L'abdomen est souple, se soulève bien et également de chaque côté au cours de la respiration; il n'est pas douloureux et aucune contracture ne peut être mise en évidence par la palpation; la percussion ne révèle aucun signe d'épanchement.

Le toucher est pratiqué avec beaucoup de difficulté, la malade ne se laissant pas examiner; cependant il permet de localiser une tumeur mollasse à gauche de l'utérus qui est en

antéflexion, et dont la taille est normale; le col est dur, l'orifice externe punctiforme. Le Douglas est libre et insensible.

Le diagnostic de grossesse ectopique en évolution s'impose. D'ailleurs, d'emblée, nous avons été orientés vers l'idée de grossesse, du fait que cette jeune fille ne veut pas préciser la date de ces dernières règles, et d'autre part l'histoire de la maladie nous orientait vers l'idée d'une grossesse ectopique certaine.

L'état général étant bon et ne donnant aucune inquiétude, on n'opéra pas la malade d'urgence; on la garda sous étroite surveillance. Mais moins d'une heure plus tard, l'état s'aggrava brusquement, la malade présenta une pâleur de cire; à l'auscultation du coeur, rythme cardiaque rapide, bruits faibles, le pouls est imperceptible à la palpation, et la malade entre dans une torpeur qui devient de plus en plus profonde. L'abdomen présente une matité déclive variable avec la position; enfin, tous les signes d'un gros épanchement péritonéal libre.

Devant ce tableau cataclysmique d'inondation péritonéale, le diagnostic de rupture s'impose.

L'intervention fut pratiquée sous anesthésie générale à l'éther. Incision médiane longitudinale sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, du sang liquide s'échappe par l'incision, toute la cavité péritonéale est pleine de sang liquide frais avec de rares caillots.

A l'examen du système génital, on constate un utérus un peu gros, à la fois en antéversion et en antéflexion; les premiers signes ayant débuté à droite, on va chercher les annexes droites. Celles-ci présentent un kyste ovarien, de la taille d'un oeuf de poule, avec une trompe hyperhémiée succulente, un peu grosse, mais sans lésions macroscopiques de rupture. Les annexes gauches présentent également un kyste de l'ovaire, analogue à celui de droite, et une trompe également hypertrophiée et hyperhémiée, ne présentant pas non plus de rupture. Quelle est la trompe gravide? On ne sait donc pas l'origine de cette énorme et brutale inondation péritonéale. On exprime alors la trompe droite; il sort alors un petit caillot de la taille d'un pois, et l'examen plus approfondi de cette trompe montre que les franges du morsus diaboli sont un peu frippées. On admet donc que le siège de la grossesse ectopique est cette trompe. Mais étant donné la présence de deux kystes ovariens et de la trompe gauche hyperhémiée, on extirpe les deux annexes, malgré les dix-huit ans de la malade.

On révise toute la cavité abdominale. Dans le Douglas, pas de traces de grossesse abdominale. On révise alors manuellement le foie, la rate, le mésentère, pour éliminer une éventuelle rupture viscérale qui expliquerait plus rationnellement que les lésions tubaires la présence de cet énorme épanchement sanguin. Le foie est intact, le mésentère aussi; la rate le paraît, et pour ne laisser aucun doute on préfère la réviser de visu; à cet effet, on prolonge la ligne de section de 5 cm. vers le haut, on la palpe mieux: elle est saine, mais malgré le prolongement de l'incision, la rate n'est pas accessible à la vue. A ce moment, l'état de la malade devenant plus inquiétant, on se décide à ne pas prolonger la ligne de section jusqu'au rebord costal, et de fermer au plus vite.

Les suites opératoires furent excellentes: à part un léger épisode fébrile du deuxième au cinquième jour; on remonte la

malade par une transfusion de 400 cc. de sang le jour même de l'intervention; dans les deux jours qui suivirent, la température et le pouls s'élevèrent, tandis que le ventre se ballonnait, et comme on craignait d'autre part des complications pulmonaires, on fit deux jours de suite deux ampoules de sérum antipneumococcique et trois ampoules de sérum antistreptococcique. Au sixième jour, la température et le pouls sont revenus à la normale, l'état général est bon, et la malade entre en convalescence.

C. *Inondation par grossesse extra-utérine rompue au cours de l'examen bimanuel.*

Comme nous l'avons déjà dit, l'examen gynécologique doit être très doux quand il y a suspicion de grossesse extra-utérine, car le toucher combiné au palper, même très doux, peut entraîner la rupture.

Les deux observations suivantes montrent l'action traumatisante du palper bimanuel.

1) *Obs. n°* 577, 1924, *Gyn.*

Mme D., 27 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Menstruation normale. Dernières règles le 20 juillet.

Le 8 octobre, cette femme vient consulter à la policlinique. En août, elle n'a pas eu ses règles, mais seulement quelques gouttes de sang, durant deux jours. Ces pertes apparurent à la date où la femme attendait ses époques. Le 20 septembre, elle a recommencé à saigner, l'hémorragie devint très importante le 24 septembre. Cette hémorragie s'accompagna de très vives douleurs dans le bas-ventre, dans la région sacrée; elles irradiaient jusque dans la nuque. La malade aurait eu alors des vertiges, des nausées. Actuellement, elle se plaint de douleurs à la défécation, elle saigne et a d'importantes flueurs blanches.

Après examen à la policlinique, on l'admet. L'état général est bon, bien que le pouls soit à 100, avec une température de 37°5. L'abdomen est souple, à peine un peu douloureux à la palpation.

A l'examen gynécologique, on trouve un utérus petit, antéfléchi, avec un col dur, fermé. Les annexes gauches paraissent normales; à droite, elles sont grossies, de la taille d'une petite poire, et elles se recourbent dans le Douglas.

Le lendemain de l'admission, le 9 octobre, le pouls bat à 76, la température est de 36°4.

On ne sait s'il s'agit d'une annexite droite ou d'une grossesse extra-utérine. On garde la femme au lit. Jusqu'au 10 octobre, la malade saigne encore un peu.

Le 11 octobre, l'écoulement sanguin se tarit; on la transporte à la salle d'examen. L'examen n'apprend rien de nouveau, et le docteur Keller inscrit: « D'après les antécédents, il semble s'agir d'une extra-utérine; cependant un certain doute subsiste. Pour cette raison, on diffère l'opération de quelques jours. »

Mais en transportant la malade à la station, elle est prise d'une syncope et reste près de cinq minutes sans connaissance.

On ne sent plus le pouls. On fait de la caféine, de l'huile camphrée. La femme se remet et se plaint beaucoup de son ventre; on l'examine, et la palpation provoque une nouvelle syncope passagère. Le pouls est filiforme, l'abdomen se ballonne légèrement, tandis qu'une matité circulaire se dessine.

On opère d'urgence pour grossesse extra-utérine droite rompue. Narcose à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Les tissus sont exsangues. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de sang. Dans l'abdomen inondé, pas de caillots. On va aux organes génitaux; le sang vient du côté gauche. On y trouve une tumeur bleuâtre, fixée par des adhérences épiploïques et intestinales. On débride, et on extériorise la trompe gauche, dont la région ampullaire est de la taille d'une grosse noix. Le sang s'en échappe par plusieurs petites fissures.

Salpingectomie gauche. A droite, péri-salpingite. On dégage les adhérences, et on ferme.

Suites normales.

2) *Obs. n°* 701, 1924, *Gyn.*

Mme G., 28 ans, est amenée à la clinique le 16 décembre à huit heures. Elle n'a pas été réglée depuis le 4 novembre.

Sa maladie a débuté le 10 décembre, où le matin à son réveil, elle fut surprise par une douleur brusque et violente dans le bas-ventre à droite. Pas de vomissements. Selles régulières. Elle garde le lit, et le 11 décembre, elle se lève et vaque à ses occupations sans rien ressentir.

Le 15 décembre, elle était allée consulter le docteur Keller, qui avait constaté un petite tumeur annexielle à droite; comme elle n'avait pas présenté d'autres signes de grossesses ectopique, on avait à peine retenu cette éventualité.

Le 16 au matin, elle a été prise par de vives douleurs dans le bas-ventre à droite, suivies d'évanouissements répétés. Un médecin consulté, l'adresse à la clinique.

A l'admission, le Dr Keller voit la malade; elle est seulement un peu pâle, les muqueuses ne sont pas décolorées. Le pouls est bon, 86 pulsations.

L'abdomen est un peu sensible, il y a une matité déclive mobile. Le Douglas est très douloureux. Les culs-de-sac sont empâtés, le droit plus particulièrement.

Vu l'histoire de la maladie, l'examen gynécologique de la veille, on opère de suite pour grossesse extra-utérine droite rompue.

Opération: Le péritoine est bleuté. Dans la cavité péritonéale, on trouve une quantité moyenne de sang liquide et coagulé. La trompe droite gravide plonge dans le Douglas. Sur sa partie isthmique, on trouve un petit caillot obturant l'orifice de déhiscence. L'orifice abdominal de la trompe est ouvert, l'ovaire adhère au pavillon. Annexectomie droite. A gauche, entre la trompe et l'ovaire, on libère l'ovaire de cette adhérence, et on extirpe la trompe. Fermeture de la paroi. Suites normales.

D. *Association d'une grossesse extra-utérine rompue et d'une grossesse extra-utérine qui se termine par un avortement.*

La coexistence d'une grossesse ectopique et d'une grossesse

normale est un fait assez rare. Si la grossesse extra-utérine ne s'interrompait pas, le diagnostic des deux grossesses serait à peu près impossible. Après opération de la grossesse ectopique, la grossesse normale évolue ou avorte soit immédiatement, soit tardivement, comme dans le cas de Reeb [30], où trois mois après l'intervention, pour inondation péritonéale, la femme expulsa un foetus de 32 cm. Dans l'observation suivante, l'avortement utérin a suivi l'acte opératoire.

1) *Obs. n°* 157, 1928, *Gyn.*

Mme V., a eu ses premières règles à 14 ans; régulièrement réglée, elle a cinq grossesses, dont trois avortement et deux accouchements à terme.

Ses dernières époques remontent au 2 janvier. Depuis cette date, aménorrhée; la femme se croit enceinte.

Etat parfait durant janvier et février. Les 5-6 mars, début des troubles par une petite hémorragie vaginale, sang et caillots; aucune douleur.

Aujourd'hui, le 8 mars, à 11 heures, elle fut surprise par une douleur subite dans le bas-ventre et eut une syncope; on la porte au lit, où elle revient à elle; elle garde le lit. Elle souffre moins, mais elle est faible, et dans le courant de la journée, cette faiblesse ne fait que s'accentuer; elle présente des syncopes répétées. Le soir, elle fait venir un médecin qui nous l'adresse d'extrême urgence.

Malade exsangue, extrémités froides, pouls incomptable, tachycardie extrême.

Abdomen sans aucune contracture, matité déclive remontant à l'ombilic, changeant avec les positions données à la patiente.

Col fermé; Douglas très sensible, la douleur empêche de noter le volume de l'utérus.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue s'impose.

Laparotomie; le péritoine bleuté bombe; à son ouverture, on trouve les anses intestinales refoulées en haut par une grande quantité de sang liquide qu'on vide. Les anses refoulées, on reconnaît une trompe droite gravide, avec rupture à sa partie isthmique. Annexectomie droite. Les annexes gauches sont saines.

L'utérus est gros, mou, gravide.

On ferme l'abdomen.

L'état est bon; mais dans les jours qui suivirent, la température monta à 38°, et cependant rien au niveau de la cicatrice.

Le 19 au matin, la malade saigne; on fait un toucher; le col est mou, l'orifice externe s'évase et est perméable au doigt. L'orifice interne permet de sentir le pôle inférieur d'un oeuf... avortement? Expulsion de caduque?

Le soir, l'orifice interne, mieux dilaté, permet de préciser le diagnostic: il s'agit bien d'un avortement.

Le 20, curage digital, qui ramène un oeuf et des caillots répandant une odeur nauséabonde. Tampon. Septicémie.

Les suites de l'opération et du curage furent normales.

2) *Obs. n°* 773, 1933, *Obst.*

La grossesse intra-utérine s'est terminée par un accouchement à terme.

Ce cas a été publié par Fournier [3] et nous-mêmes, nous avons accouché la femme d'un enfant à terme, vivant.

Au sujet de la coexistence de grossesses intra-utérine et extra-utérine, il est bon de consulter Schoenholz, Cryzenwicz et Hasselblatt *).

E. *Récidives.*

La récidive dans la grossesse extra-utérine est un fait relativement fréquent; Küstner relève cinq récidives pour 107 cas, Lejars 3 sur 63, nous-mêmes 15 sur 319. Ces grossesses récidivantes ne sont ni plus graves, ni plus cataclysmiques que les autres. Tout au plus, on rencontre un peu de difficulté lors de l'opération, à la suite d'adhérences, consécutives à l'intervention antérieure.

Cette récidive se produit sur l'autre trompe en général. Les causes de récidive sont bien souvent inexpliquées, il y a des malformations congénitales; toute femme qui a fait une extra-utérine est, en effet, prédisposée à en faire une seconde. Quelquefois on trouve l'explication dans la présence d'une annexite ancienne. C'est pourquoi, lorsque l'on opère pour extra-utérine, et que l'on trouve des lésions marquées d'annexite de l'autre côté, on fait une salpingectomie bilatérale quand le cas le réclame. Mais quand il n'y a pas de lésions de l'autre trompe, même si la femme approche de la quarantaine, la fréquence de la récidive n'est pas suffisante pour légitimer une stérilisation, à plus forte raison quand la femme est jeune. Patel [32], Paucot [33] se sont faits les défenseurs de cette règle de conduite. Les statistiques de R. Smith [34], antérieures aux conclusions de ces deux auteurs, sont des arguments en faveur de cette manière de voir. Sur 192 cas, l'auteur pratiqua 48 salpingo-ovariectomies ou salpingectomies bilatérales pour les lésions bilatérales d'annexites. 144 fois, il fit, soit une annexectomie unilatérale, soit une salpingectomie, et sur ces 144 cas, 47 femmes ont eu des grossesses normales par la suite; deux femmes ont eu des enfants, puis ont récidivé, et enfin il y a 19 récidivistes sans grossesses entre temps. Certaines malades elles-mêmes reconnaissent leurs maladies et posent le diagnostics, alors que d'autres, malgré une symptomatologie complète, ne la reconnaissent pas.

---

*) SCHOENHOLZ. — Zeitschr. für Gyn., 16 sept. 1922, p. 1476-1481.

CRYZENWICZ. — Archiv für Gyn., Bd. LXXXV.

HASSELBLATT. — Acta Obst. et Gyn. Scandinavica, vol. VI, fasc. 3, 1927, p. 211.

La malade pose elle-même le diagnostic:

Obs. n° 453, 1927, *Gyn.*

Mme A., 37 ans, est admise, le 25 août, envoyée par son docteur avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Cette femme, toujours bien réglée, a présenté au cours de la première grossesse, il y a six ans, une albuminurie gravidique, enfant mort, travail normal à terme.

En 1925, grossesse extra-utérine gauche, hématocèle par avortement tubaire. Annexectomie droite.

Venue en état de shock auquel se mêlait un status complet d'hémorragie interne, la malade fut opérée, dès son arrivée, et on trouva une inondation abondante consécutive à une grossesse isthmique droite de huit semaines, rompue. Salpingectomie.

Or cette jeune femme n'avait pas revu ses règles depuis le 28 juin. Elle avait perdu un peu de sang rouge au début d'août, et depuis cette date, elle ressentait des lourdeurs dans le bas-ventre; comme elle ne vomissait pas, alors qu'elle avait beaucoup vomi lors de sa première grossesse, elle redoute une grossesse ectopique, mais n'ose cependant pas aller consulter pour si peu de chose.

C'est alors que le 24, à midi, une douleur brutale l'oblige à se coucher, et durant la nuit du 24 au 25, elle a très mal; elle n'appelle cependant pas son médecin, et ce n'est que le 25, à 10 heures où, terrassée par une syncope, elle fait appeler son médecin.

La malade ne reconnaît pas son affection:

Obs. n° 9, 1926, *Gyn.*

Mme K., 28 ans, est envoyée à la clinique le 5 janvier 1926, pour syndrome abdominal.

Elle n'a jamais eu de grossesse utérine.

En 1922, opérée pour avortement tubaire gauche avec inondation péritanéale (obs. n° 295, 1922). Depuis son opération, elle a présenté un retard d'une semaine dans ses menstruations qui étaient normales auparavant. Dernières règles du 7 au 10 novembre 1925.

En décembre, la malade se met à saigner avec un retard de dix jours sur l'époque normale de ses règles; mais l'écoulement, sans être abondant, dure dix jours, alors que ses règles ne dépassaient pas cinq jours; donc hémorragie du 15 au 25 décembre. Depuis, elle perd des caillots, mais aucune douleur.

Le 1er janvier, elle se remet à saigner, plus abondamment cette fois, et continue jusqu'à aujourd'hui; elle n'a pas mal, quand à 11 h. 30, sans cause, brusquement, elle est prise de vertiges et de douleurs péri-ombilicales localisées à la région médiane. L'après-midi, elle vomit. Depuis 11 h. 30, les gaz ne passent pas, les selles non plus. Les douleurs continuent avec les mêmes caractères, les vertiges s'atténuent; elle est pâle, elle a froid et vomit continuellement. C'est dans cet état qu'à 23 h., elle se fait admettre; le pouls est à 84, la température à 35°8.

L'abdomen est douloureux, surtout le bas-ventre, et à droite, matité mobile s'étendant à quatre travers de doigt du pubis.

Le Douglas est excessivement sensible, et l'on ne peut pratiquer un toucher bimanuel.

Opération de suite. Laparotomie sur l'ancienne cicatrice. Le péritoine a des adhérences multiples sur l'épiploon; on

débride, et on tombe sur une cavité abdominale pleine de caillots; on les vide. On va à la région annexielle droite: il y a une grossesse ampullaire rompue à sa face postérieure. Salpingectomie. Fermeture.

Dès le lendemain, le syndrome occlusif disparaît. Suites normales.

Enfin nous citons une troisième et dernière observation, intéressante non pas comme récidive, mais comme cas de grande anémie, où l'opération fut particulièrement difficile, et où la malade succomba à une hémorragie post-opératoire, dont on ne put trouver l'origine.

Obs. n° 428, 1929, *Gyn.*

Le 15 octobre 1929, nous réopérons, pour extra-utérine, une femme de 35 ans, Mme H., déjà opérée à la clinique il y a 9 ans pour grossesse extra-utérine rompue à droite.

Ses dernières règles normales remontent au 2 septembre. Le 1er octobre, la femme revoit ses règles; elles sont plus abondantes que de coutume, et s'accompagnent de fortes douleurs généralisées au bas-ventre.

Jusqu'au 14 octobre, ces hémorragies continuent avec des périodes d'arrêt d'un jour au maximum; elle perd toujours un peu, dit-elle.

Le 14 octobre, au repas de midi, elle ressent subitement de très vives douleurs dans le bas-ventre, et bientôt elle s'évanouit; un médecin appelé conseille le repos au lit et prescrit un suppositoire de Belladone; un mieux s'en suit jusqu'au milieu de la nuit, où les douleurs réapparaissent tout aussi violentes, mais sans syncope.

Le médecin revoit la malade le 15, à 10 heures, et l'envoie à la clinique.

Elle arrive dans un état d'anémie très grave; il y a un peu de péritonisme, une hypersensibilité à tout l'abdomen, une matité nette supra-symphysaire; le pouls est tout petit, rapide, par moments on ne le sent plus. Le Douglas est très sensible.

Opération immédiate: On incise sur l'ancienne cicatrice dès l'ouverture du péritoine, on trouve les anses intestinales très ballonnées, remplissant le petit bassin déjà comblé par d'abondants caillots qu'on sort à pleines mains. On n'arrive pas à endormir complètement la femme qui respire mal; elle présente des secousses du diaphragme, qui, à chaque instant, poussent les anses intestinales dilatées dans le bassin. Avec difficulté, on extériorise les annexes gauches; la trompe, très hypertrophiée, est rupturée à sa partie moyenne: on détache la trompe. Par suite de la mauvaise narcose, du ballonnement et de la profondeur du bassin, l'opération dure depuis un certain temps; on décide, devant l'état grave de la femme, de laisser les pinces à demeure, il ne paraît pas y avoir d'hémorragie; on fait un Mikulicz, qu'on n'arrive pas à placer profondément. On ferme la paroi.

Durant l'opération, on a fait 800 centimètres cubes de sérum, du camphre, de la caféine, et de la coramine.

Le pouls, meilleur après l'intervention, décline rapidement: moins d'une heure après, le pansement est taché de sang, changé; moins d'une demi-heure après, il est de nouveau traversé, le

pouls est très rapide, la pâleur mortelle. On décide de réintervenir pour hémostase, quoique la malade paraisse perdue.

Petite narcose. On rouvre, on refoule rapidement l'intestin au niveau des pinces; on ne voit rien qui saigne; on place deux nouvelles pinces en plus; la malade ne respire plus; respiration artificielle, gaz carbonique, adrénaline, camphre, rien n'y fait: la malade succombe.

L'autopsie ayant été refusée, on ne peut connaître la cause de l'hémorragie.

La récidive sur le moignon tubaire laissé trop exubérant ou mal péritonisé, peut se produire; c'est excessivement rare. Sur 2.998 grossesses ectopiques, R. Smith, aux Etats-Unis a trouvé seulement 11 cas. Keller [35] a publié un cas où la récidive s'est faite sur la cicatrice d'une ancienne excision cunéiforme de la trompe, pratiquée antérieurement pour grossesse ectopique. Nous ne relevons pas cette observation, déjà publiée dans un mémoire de l'auteur. L'étude de ces grossesses récidivantes sur cicatrices tubaires de salpingectomie, même ébauchée, entraînerait trop loin; nous nous contenterons de citer les auteurs qui ont publié des mémoires ou des observations relatifs à cette récidive homologue *).

F. *Décès post-opératoire par péritonite.*

En 13 années, à la clinique, 319 femmes ont été opérées pour grossesses extra-utérines; 107 gestations ectopiques étaient compliquées d'inondations péritonéales, 12 de ces malades ont succombé, 10 d'anémie aigüe. Les observations de 8 de ces malades ont été publiées au cours de ce travail; nous ne publierons pas les deux autres. Deux malades sont décédées pour des raisons autres; l'une à la suite de déficience cardiaque, quatre heures après l'intervention, et l'autopsie montra des lésions du myocarde. L'autre patiente a été emportée par une péritonite aigüe généralisée, ayant évolué sans grands signes; nous pensons que son observation présente quelque intérêt, c'est pourquoi nous la publions ici.

---

*) WERTH, Handbuch, der Geburtshülfe, II, p. 871.
WORFET, Med. News, juin 1900.
VINEBERG, Amer. Journ. of Obst., vol. LVII, avril 1908.
BENZEL, Beitr. zur Gyn., XVII, 1912.
LESSE, Zentr. für Gyn., 24 novembre 1905.
DIENER, Monats. für Geb. u. Gyn., mars 1922.
AUDRAY, Gyn. et Obst., juillet 1923, p. 341.
PETERSEN, Acta Obst. et Gyn. Scandinavica, vol. V, fasc. 2, 1926.
REEB, Bull. Soc. Gyn. et Obst., p. 376, 1923.

Obs. n° 500, 1932, *Gyn.* — Grossesse isthmique. Inondation péritonéale. Opération. Péritonite. Exitus au cinquième jour.

Le 8 décembre 1932, à 12 heures, Mme R., 34 ans, se fait admettre à la clinique, où elle est amenée en voiture-ambulance.

Cette femme a toujours été bien réglée; elle a eu un accouchement normal en 1924, et une fausse-couche de quatre mois terminée par un curage en 1928.

Les dernières règles datent du 15 octobre 1932; en novembre, elle a un retard de six jours. « Ce ne sont pas de vraies règles, c'était brunâtre », dit-elle; et depuis cette date, elle présente de vagues douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires.

Elle continue son travail de couturière, n'ayant pas d'autres troubles, quand subitement ce matin, au reveil, elle ressent de très violentes douleurs dans le bas-ventre; elle veut se lever, et perd connaissance.

Revenue à elle, elle garde le lit; elle est faible, la tête lui tourne, et elle se décide à se rendre à la clinique à 11 heures.

A son entrée, état général très alarmant, pâleur extrême, pouls à peine palpable, très rapide, tension artérielle maximum à 70.

La femme est très agitée.

L'abdomen est très douloureux à la palpation, ballonné, pas de contracture, matité dans les flancs; la respiration abdominale est modifiée à droite.

Le toucher est très douloureux, le Douglas et les culs-de-sac bombent; « cri du Douglas ».

On intervient de suite. Dès l'ouverture de la paroi, le péritoine apparaît bleuté; quand on ouvre, il s'écoule une grosse quantité de sang bleuté, plus d'un litre et demi.

On repère une grossesse extra-utérine de la taille d'une cerise, à droite, au niveau de l'isthme.

Salpingectomie. - Révision; les annexes gauches et l'utérus sont normaux. Toilette du péritoine, et l'on referme. Après l'opération, l'agitation réapparaît et cesse vers le soir, pour reprendre le lendemain; le pouls est bon, bien frappé à 100; l'abdomen souple. T.A. 140/80; la température s'élève un peu.

Le 11, le pouls s'élève; même état général, température 38°2.

Le 12, pouls 110, température 38°4; aucune douleur dans le ventre, aucun signe abdominal; l'état d'agitation s'accentue.

Le 13 au soir, le pouls faiblit, le coeur fléchit, malgré l'administration de toni-cardiaques. L'abdomen est souple, le pouls à 104, la température à 37°4, et dans la nuit, la malade succombe.

L'autopsie montra une péritonite aigüe généralisée.

TRAITEMENT *)

Lecène[36] a écrit: « Il est exceptionnel que l'hémorragie soit immédiatement mortelle; en général, il s'écoule au moins plusieurs heures avant que la malade soit dans un état menaçant, et l'on a presque toujours le temps d'intervenir utilement... L'indication immédiate d'opérer doit toujours être posé. » Opérer d'urgence est donc la règle d'action, et on ne doit pas attendre que la période de shock initial soit passée, comme le conseille Albertin. Dès qu'il y a signe d'interruption de grossesse ectopique, il faut laparotomiser, même si le shock paraît responsable en grande partie des accidents. Il y a interruption de la grossesse, la femme saigne, et au stade initial, tout épanchement est libre; on ne sait pas, comme le disent Lenormant et Hartmann[37], si l'épanchement sera minime et s'enkystera, ou si l'hémorragie sera abondante. A plus forte raison donc, quand il y a la certitude d'inondation, l'on ne doit pas retarder l'acte opératoire, le seul curatif.

L'opération doit être menée « rapidement, mais sans précipitation », sous anesthésie générale à l'éther. La laparotomie médiane sous-ombilicale est indiquée toujours.

La patiente sera couchée, le bassin en position élevée. Dès l'ouverture du péritoine, on épongera le sang; on refoulera les anses intestinales, et de suite on ira aux organes génitaux. Il suffira souvent de pratiquer une salpingectomie unilatérale, en ayant soin de bien lier l'artère utérine au niveau de la corne, et les vaisseaux ovariens à leur sortie du pédicule spermatique. On complète la salpingectomie par une péritonisation du moignon; on peut enfouir celui-ci sous le ligament rond.

Avant de refermer l'abdomen, on révise la cavité abdominale soigneusement, pour ne pas y laisser trop de sang résiduel et encourir le risque d'y laisser l'oeuf ou le foetus.

Quand il y a des lésions à l'ovaire, une salpingo-ovariectomie est indiquée. Parfois, l'oeuf aura fait sa nidation très près de la corne utérine, et l'on se verra obligé de compléter la salpingectomie par une excision cunéiforme de la corne utérine. Il est très rare que les lésions du muscle utérin soient telles,

*) Volontairement, nous n'avons fait qu'ébaucher le traitement et nous nous sommes contentés d'en indiquer les grandes lignes.

qu'une hystérectomie soit nécessaire, et il nous semble que l'hystérectomie, pour expansion intra-murale, soit hors de rapport avec les lésions; cette hystérectomie a été préconisée par Couvelaire et Mouchotte [38]. Lecène, afin d'éliminer au maximum les dangers de récidive sur le moignon de salpingectomie, complète la salpingectomie par une incision cunéiforme de l'insertion utérine de la trompe.

Si les annexes de l'autre côté sont atteintes d'hématosalpinx, de salpingite ancienne, de périsalpingite, il y aura intérêt, si l'état de la malade n'est pas trop alarmant, de compléter l'intervention, soit par une salpingectomie, soit par une annexectomie. Enfin, quelquefois un simple débridement des adhérences suffira.

Exceptionnellement, quand tout le pelvis est plein d'adhérences, et qu'il est impossible de trouver des plans de clivage entre les divers organes du tractus génital, une hystérectomie pourra être envisagée.

On peut enfin se trouver en présence d'une gestation extra-utérine d'un côté, tandis que l'autre ovaire est porteur du corps jaune; souvent, en présence de cette éventualité, on excise le corps jaune. De même, quand on se trouvera en présence d'un ovaire kystique, l'ablation de l'ovaire est recommandée.

Le drainage n'est pas nécessaire, quand on péritonise le moignon. On referme l'abdomen plan par plan, tout au plus on peut, comme on le fait à la clinique, mettre un peu d'huile camphrée dans la cavité péritonéale.

Par contre, quand on ne peut pas péritoniser, ou quand il y a des lésions inflammatoires, on pratique un drainage, et le meilleur mode de drainage nous paraît être celui de Mikulicz.

Tout acte opératoire est complété par des injections de sérum physiologique sous les seins; la quantité donnée est variable: en moyenne, la patiente reçoit 500 centimètres cubes à un litre. L'administration des toni-cardiaques usuels est aussi une règle. On administre soit du solucamphre, soit de la coramine, et enfin de l'éphédrine, pour remonter la tension. Quand l'anémie est très marquée, la transfusion de *sang* donne d'excellents résultats. Actuellement, grâce au « centre régional de transfusion » qui nous fournit à volonté, pourrait-on dire, des donneurs, nous la pratiquons très souvent. En général, il suffit de 300-400 centimètres cubes au maximum pour donner à la femme un regain de force, et lui faire passer la période critique post-opératoire. Dans les cas très graves, nous faisons plusieurs transfusions, si l'état de la malade le réclame.

Quand la malade arrive dans un état de shock très prononcé, nous la réchauffons un peu, tandis que l'on prépare pour l'opération, et nous administrons les toni-cardiaques usuels; nous

avons eu même des cas où l'on envisageait une transfusion de sang avant d'intervenir.

Polak [39] traite aussi le choc en réchauffant la malade, mais il proscrit les toni-cardiaques et le sérum, car on risque, d'après lui, de ranimer l'hémorragie si celle-ci a cessé. Cette opinion ne nous concerne pas, car ici, à la clinique, l'administration des toni-cardiaques précède tout juste l'acte opératoire.

Il faut intervenir, être abstentionniste est criminel; on ne sait pas ce qu'il advient d'une femme porteuse d'une grossesse ectopique rompue; théoriquement, elle doit mourir. A propos des inondations péritonéales, Cestan, dans son excellente thèse donnait les chiffres suivants:

Abstention: mortalité: 85 p. 100.

Intervention: mortalité: 15 p. 100.

Actuellement, la mortalité post-opératoire est de 10 à 12 pour cent, d'après Lecène. Ce pourcentage devrait encore être abaissé, si l'on voyait les malades plus précocement; quand elles viennent trop tardivement, l'anémie est trop prononcée, et la résistance de l'organisme est trop à bout; elles succombent à leur anémie.

Les décès post-opératoires par infection sont exceptionnels dans les hémopéritoines consécutifs à l'interruption de la gestation ectopique. Ainsi nous n'avons perdu qu'une malade de péritonite sur 107 inondations péritonéales, donc moins de 1 %. Parfois on perd une malade d'embolie pulmonaire, ce qui ne s'est pas produit au courant de ces treize années. Une femme est morte de myocardite, ce cas fait partie, pourrait-on dire, des cas extraordinaires, sur lesquels on ne peut tabler. Il ressort donc que nous avons une mortalité globale de 11 %, dont 9,3 % sont imputables à l'anémie.

Les résultats opératoires de la clinique sont donc analogues à ceux de Lecène et à ceux publiés par les auteurs américains, entre autres L. Farrar, Sproat Heaney.

Notons ici en passant qu'à la clinique, on n'a perdu aucune autre malade porteuse de *grossesse* extra-utérine, que cette grossesse soit intacte, compliquée d'hématosalpinx ou d'hématocèle, et dans tous les cas, une opération fut pratiquée par voie abdominale.

CONCLUSIONS.

Arrivé à la fin de cette étude, nous voulons une dernière fois attirer l'attention du lecteur sur les inondations péritonéales compliquant les grossesses extra-utérine.

Avant tout, il faut retenir que la grossesse ectopique est plus fréquente actuellement, surtout depuis la guerre. Les annexites semblent être pour une bonne part à l'origine de ces gestations pathologiqus. On ne doit pas oublier non plus que les manoeuvres abortives, les injections intra-utérines de divers antiseptiques, à titre prophylactique de la grossesse, qui parfois pénètrent dans les trompes, sont aussi des agents efficients de la nidation tubaire.

Comme nous l'avons déjà répété tout au long de ce travail, la gravité de la gestation ectopique réside en ce qu'elle se complique fréquemment d'inondation péritonéale. 107 inondations sur 319 grossesses ectopiques, soit 33,5 %. Ces 107 inondations se distribuent comme il suit:

57 par rupture de grossesse isthmique, 1 par avortement et rupture de grossesse isthmique (pour un total de 80).

21 par rupture de grossesse ampullaire; 11 par avortement tubaire de grossesse ampullaire (pour un total de 201).

11 par rupture de grossesse interstitielle (pour un total de 13).

4 par rupture de grossesse sans siège précisé (pour un total de 20).

1 par rupture de grossesse abdomniale (pour un total de 2).

1 par rupture de grossesse sur moignon de salpingectomie.

La rupture est en général précoce; en général au cours du second mois.

Le diagnostic de l'inondation se fait sur la douleur pelvienne, le syndrome d'anémie aigüe, et sur les signes d'hémopéritoine.

La douleur pelvienne spontanée est caractérisée par sa tendance syncopale. Elle présente d'autre part la particularité de ne pas être améliorée par le repos, la glace, ou la chaleur locale.

Parmi les signes d'anémie aigüe, on doit surtout s'attacher aux modifications du pouls. C'est un « mauvais pouls », soit qu'il soit filant, rapide, irrégulier, soit seulement que l'on ait affaire à un pouls petit, ou irrégulier, ou plus simplement même instable. Dans toute suspicion d'hémorragie interne, le pouls

est un excellent « indicateur », dont on n'a pas le droit de se priver, si l'on fait la restriction qu'un pouls déplorable peut être occasionné par un état de shock abdominal. Donc, si chez une femme en âge d'être gravide, il n'y a pas eu de traumatisme abdominal, et qu'à la suite d'une douleur pelvienne brutale, avec ou sans syncope, on trouve un mauvais pouls, on doit songer à la grossesse ectopique interrompue. Nous rappelons encore ce que nous avons déjà dit au sujet du pouls: Dans certains cas, le pouls est bon, avec un rythme de 70, 80, et subitement, après examen, ou court transport, il s'accélère et devient filant.

La pâleur du visage, des lèvres, qui frappe même les laïques, est aussi un excellent signe. Cette pâleur progressive montre que la femme se saigne dans son abdomen.

La chute de la tension artérielle, le refroidissement des extrémités, doivent être connus, mais comme ils traduisent déjà une hémorragie très avancée, il ne faut pas les attendre. Les attendre, pour diagnostiquer une inondation péritonéale de la grossesse ectopique, serait comparable au fait d'attendre les vomissements, les hoquets, le faciès grippé, pour établir le diagnostic de péritonite.

L'examen de l'abdomen donne de précieux renseignements. Il s'agit d'un ventre tendu, il n'y a pas de contracture. Cette absence de contracture est un grand signe en faveur de l'hémopéritoine, signe qui élimine presqu'à coup sûr la péritonite. L'acquisition de ce symptôme est encore récente. Il y a quelques années à peine, que dans les Sociétés, on discutait de la contracture dans les hémorragies intra-péritonéales.

La percussion permet en général de mettre en évidence un épanchement intra-abdominal libre, matité des parties déclives avec tympanisme des parties hautes, ou plus simplement submatité des parties basses. La matité peut d'ailleurs être absente, même avec un volumineux épanchement, les anses intestinales météorisées étant plaquées contre la paroi abdominale. On ne trouve alors que du tympanisme. Le décubitus latéral, dans des cas semblables, permet le plus souvent de mettre en évidence une matité.

Depuis 1919, la symptomatologie s'est enrichie de nombreux nouveaux signes, comme le « cri du Douglas » ou « signe de Proust », le « signe de Laffont », ou « douleur tardive élevée ». Ces deux signes sont importants. Par contre, le signe de Cullen, le signe vésical de Herzfeld, etc., sont de tout petits signes.

Il nous faut aussi attirer l'attention sur les formes anormales, formes pseudo-péritonitiques, formes pseudo-appendiculaires, où le signe du Douglas n'est d'aucun secours, tandis que l'absence de contracture est le point capital dans le diagnostic,

Au contraire, le « cri du Douglas » est alors très souvent la clé du diagnostic dans les formes pseudo-occlusives, pseudo-salpingiennes, et pseudo-abortives.

Notons enfin certaines épreuves comme l'étude de la leucocytose, de la vitesse de sédimentation, le dosage de l'hématine du sérum, qui donnent parfois, dans des cas atypiques, un appoint précieux. Grâce à toutes ces nouvelles acquisitions cliniques et autres, la ponction du Douglas est de plus en plus rejetée.

Une fois le diagnostic d'inondation péritonéale établi, on doit opérer dans le plus bref délai, sans essayer de savoir si le tableau clinique revient à l'état de shock ou à l'anémie. Quand la malade est très shockée, on doit relever l'état général par les moyens habituels, sans différer pour autant l'intervention. L'acte opératoire doit être rapide, sans être hâtif, et si possible, être suivie d'une transfusion de sang.

« Guérir est bien, prévenir est mieux ». Cet aphorisme est ici de toute rigueur, mais, hélas, on peut rarement prévenir, car les cas où les femmes se présentent chez le médecin avec une grossesse ectopique en évolution, sont exceptionnels.

Vu, le président de thèse :
M. REEB

Vu, le Doyen :
Pr. MERKEN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
J. DRESCH

BIBLIOGRAPHIE

— — —

Première partie

1) A. GUERIN. — Leçons sur les maladies des organes génitaux de la femme (15e leçon), p. 439.
2) a) DOLBAU. — Gazette des Hôpitaux, 1860, n° 35, p. 138 (feuilleton).
   b) WIRCHOW. — Die krankhaften Geschwülste. — 1963, Bd. I, p. 150.
3) TAIT L. — British med. Journ., 1885-1888, Lectures on ectopic frequency and pelvis haematocele.
4) BINAUD. — Thèse de Paris, 1894.
5) CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. — Thèse de Paris, 1894.
6) SPROAT HEANEY. — An analysis of the signs and symptoms of early ectopic pregnancy. — The Am. Journ. of Obst., juillet 1919.
7) MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen. p. 597, 1930, chez asson, éditeur, Paris.
8) POIRIER, CHARPY et CUNEO. — Abrégé d'Anatomie.
9) BAYER. — Entwicklungsgeschichte und Anatomie des weiblichen Genitalapparates, 1908.
10) KREIS. — Physiologie de l'utérus gravide. — Strasbourg Médical, 1932, t. 92, n° 28, pp. 599-604.
11) NORRIS et MITCHELL. — a) Grossesses ovariennes. — Surg., Gyn. a. Obst., 1908. p. 460.
    b) Grossesses ovariennes. — Surg., Gyn. a. Obst., 1909. p. 123.
12) RICHTER. — La grossesse abdominale primitive. — Archiv für Gyn., 1912. Bd. XCXI.
13) JAYLE et NAUDROT. — La grossesse tubaire bilatérale. — Rev. de Gyn., 1904, p. 105.
14) SAUVE. — Grossesses tubaires bilatérales récidivantes. — Thèse de Paris, 1906.
15) FILHOULAUD. — Grossesses tubaires bilatérales récidivantes. Thèse de Paris, 1906.
16) GALLA M. — Grossesses tubaires bilatérales et gémellaires. — Surg., Gyn. a. Obstetr., 1909.
17) LAUNAY et PEQUIGNOT. — Etude sur les grossesses tubaires bilatérales simultanées. — —Revue de Chir., 1911, p. 408.
18) KREIS. — Considérations anatomiques et cliniques au sujet de la régression spontanée d'une jeune grossesse tubaire. — Soc. d'Obst. et de Gyn., 1932, p. 515.
19) DAVIDSON. — Grossesses tubaires simultanées. — Münch.
20) SCHZARTZWALLER. — Gestation ectopique bilatérale simultanée. — Zentralbl. f. Gyn., n° 4, 1927, p. 217.

21) JOHNSON et DIARO. — Bilateral tubal pregnancy with rupture of both tubes. — The Am. Journ. of Obst. a. Gyn., St. Louis, January 1929, t. XVII, p. 107.
22) POOL E.-H. et ROBBINS. — Grossesses tubaires gémellaires simultanées. — The Am. Journ. of Obst., 1910, t. LXI, p. 606.
23) FOURNIER. — Coexistence de grossesse intra- et extra-utérine. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., oct. 1933, p. 692.
24) CORNU. — La grossesse interstitielle. — Thèse de Strasbourg, 1929.
25) ROSENTHAL. — La grossesse intra-murale. — Zentralbl. f. Gyn., n° 1, 1896.
26) COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. — Thèse de Paris, 1901.
27) SMITH R. — In MONDOR. Diagnostics urgents. L'abdomen.
28) KELLER. — Grossesses tubaires récidivantes dans la même trompe. — La Gynécologie, 1922, p. 343.
29) FOLKE MOLLER. — Sur la symptomatologie et le diagnostic des gestations extra-utérines. — Acta Obst. et Gyn. Scandinavica, vol. VI, fasc. 3, 1927, p. 279.
30) BRESCHET et HEMING. — Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques. Med. Transaction, vol. XIII, p. 201.
32) MICHOLITZ. — Sur l'étiologie des grossesses tubaires. — Weitschr. für Gyn., 1903.
33) HECKER. — Beiträge zur Lehre der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. — Hohle, 1919.
34) VILLETTE J. — Grossesses extra-utérines (17 cas traités par laparotomie avec 17 guérisons). — Revue Internat. de Méd. et de Chir., Paris, octobre 1919.
35) TAYLOR. — La tuberculose des trompes, facteur étiologique de la grossesse extra-utérine. — The Am. Journ. of Surg., 1910, t. XXIV.
36) OETTINGEN P. — A propos de l'étiologie et de la thérapeutique des grossesses extra-utérines. — Zentralbl. f. Gyn., 1922, n° 11, p. 403.
37) BOSSE. — A propos de la grossesse interstitielle. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LII, 1904.
38) SIAMENI. — Sur le mécanisme de la migration indirecte ovulaire, et sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine, en rapport avec cette migration. — La clinica obst., fasc. II, février 1927.
39) HIRSCHBERG. — Zentralbl. für Gyn., n° 16, 13 avril 1924, p. 858.
40) SCHILL. — Du mécanisme et de l'étiologie de la formation des grossesses tubaires. — Thèse de Paris, 1914.
41) REEB. — Grossesse tubaire provoquée par une solution de continuité complète et ancienne de l'isthme de la trompe. Rev. franç. de Gyn. et d'Obst., 1923, p. 570.
42) TAYLOR. — The Ingleby Lectures on extra-uterine pregnancy. — The Lancet, 28 mais 1898.
43) SCHICKELE. — La grossesse tubaire des troisième et quatrième mois — Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., 1924, p. 700.

44) FORGUE et MASSUBUAU. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, t. XXXIV, Gynécologie, p. 814.
45) MARTIN. — Die Frankheiten der Eileiter. — 1895, p. 324.
46) BLAND SUTTON. — On some points in the pathology of tubal pregnancy. The Lancet, 8 février 1891, p. 474.
47) VAUTRIN. — Inondation péritonéale dans l'avortement tubaire. — La Gynécologie, 1911.
48) REYMOND. — Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe. — Annales de Gyn. et d'Obst., 1910, t. VIII, p. 700.
49) SEGOND. — in FORGUE et MASSUBUAU.
50) BEAU. — La grossesse tubaire. Thèse de Paris, 1918.

Deuxième partie

1) LA FAYETTE DE BARROS. — Rupture de grossesse tubaire, hémorragie cataclysmique. — Revista de Gyn. et d'Obst., mai 1930, année XXIV, n° 3, p. 109.
2) SCHRENCK. — Zentralbl. für Gyn., 1909.
3) SPROAT HEANEY. — loc. cit., Première partie.
4) RICART. — Grossesse extra-utérine rompue. — Soc. Nat. de Méd. de Lyon, 23 juin 1926.
5) CRAINICIANI. — Gyn. et Obst., t. XIV, n° 1, juillet 1926, p. 37.
6) HARTMANN et BERGERET. — Quelques remarques à propos de 186 cas de grossesse extra-utérine observée dans les premiers mois. — Annales de Gyn. et d'Obst., 1919, n° 6, p. 321.
7) FOLKE MOLLER. — loc. cit., Première partie.
8) LAWSON TAIT. — loc. cit., Première partie.
9) FARRAR LILIAN. — An analysis of 309 cases of ectopic gestation in the Woman's Hospital in the State of New-York. — The Am. Journ. of Obst., June 1919, p. 733-758.
10) BEAU. — loc. cit., Première partie.
11) FOLLIASSON. — Les formes graves des grandes hémorragies de la grossesse tubaire rompue. — L'Hôpital, mai 1932, p. 366.
12) HEINECK. — Des grossesses extra-utérines, leur terminaison, leur traitement. — Union Méd. du Canada, 1907, p. 377.
13) PICHEVIN. — Grossesse extra-utérine. — Congrès national d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, Alger, 1er-6 avril 1907; Compte rendu in Annales de Gyn. et d'Obst., 1907, p. 420-428.
14) BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. — Paris, Editions Médicales, 1929.
15) JERLOW. — Diagnostic et traitement des gestations extra-utérines. — Acta Obst. et Gyn. Scandinavica, vol. VIII, fasc. 3, 1929.
16) RICARD. — Sur la pathologie du syndrome anémique dans les grossesses tubaires rompues. — Lyon Chirurgical, t. XXVI, n° 3, 1929, p. 361.
17) RICARD. — De l'importance du choc réflexe péritonéal des grossesses tubaires.
18) PATEL. — Soc. de Chir. de Lyon, s. du 7 février 1929.

19) HOUOT. — Importante inondation péritonéale avec lésions minimes de grossesse tubaire. — Soc. de Gyn. et d'Obst. de Strasbourg, juillet 1933.
20) LAUNEY et PEQUIGNOT. — loc. cit., Première partie.
21) CORNU. — loc. cit., Première partie.
22) CHALIER. — Inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire. Lyon Méd., 25 avril 1922, p. 344.
23) VIOLET. — Grossesse tubaire rompue compliquée de suppuration péritonéale précoce. — Lyon Méd., juin 1922, p. 477.
24) ROCHET et LABRY. — Rupture tubaire à type épigastrique. Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, in Lyon Méd., 1924, II, p. 287.
25) DIONIS DU SEJOUR. — Inondation péritonéale au cours d'une grossesse ectopique sans aucun symptôme péritonéal. — Gynécologie, 1922, t. XXI, p. 737.
26) BARTHELEMY. — La rupture tubaire silencieuse. — Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst., 1933, n° 1, p. 96.
27) PROUST R. — Le signe du Douglas dans les ruptures des grossesses tubaires. — Paris Médical, n° 32, 7 août 1920, p. 113.
28) PILAIRE Benoiste. — Sensibilité vive du Douglas. — Soc. l'Anatomie de Paris, séance du 18 mars 1918.
29) HUET. — Sur l'importance du signe du Douglas dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue ou avortée. Le Scalpel, 5 février 1921, p. 159.
30) BANKI. — Le signe de Banki. — Zentralbl. für Gyn., 1923, n° 3.
31) BANKI. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. — Zentralbl. für Gyn., 14e fasc., 1925.
32) VERTES. — Contribution au diagnotic de l'hématocèle rétro-utérine. — Gyn. et Obs., t. VI, 3-4 mars 1929, p. 64.
33) VILLARS. — Les erreurs de diagnostic dans la grossesse extra-utérine. — La Semana Medica, t. XXXIV, n° 34, 22 août 1928.
34) MAURITY. — Thérapeutique de la grossesse ectopique et ses bases dans le diagnostic différentiel. — Revista de Gyn., et d'Obst., an XXIV, n° 1, 1930, p. 2.
35) SOLOWIJ et BERTOLINI. — Sur un symptôme précoce de la grossesse extra-utérine. — Zentralbl. für Gyn., 1912, n° 12, t. XXXVI.
36) VANVERTS. — Le signe du Douglas dans la grossesse extra-utérine rompue et dans l'avortement tubo-abdominal. — La Presse Médicale, 4 mars 1922, p. 200.
37) REYMOND. — loc. cit., Première partie.
38) REEB. — Aménorrhée avec symptômes de pseudo-grossesse due à un corps jaune ou à des kystes lutéiniques. Bull. d'Obst. et de Gyn. fév. 1933, p. 244.
39) LAFFONT A. — Douleur tardive dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire. — La Presse Médicale, 23 février 1924.
40) LAGROT. — Douleur élevée dans les ruptures tubaires. Bull. d'Obst. et de Gyn., juin 1933, p. 491.
41) SCHEBAT et EZES. — Id., Bull. d'Obst. et de Gyn., avril 1930, p. 320.

42) LAFFONT et EZES. — Id., Bull. d'Obst. et de Gyn., juin 1933, p. 487.
43) HERZFELD. — Sur la symptomatologie de la rupture tubaire dans la grossesse extra-utérine. — Zentralbl. für Gyn., 1923, n° 13.
44) BACKSCHT. — L'appréciation du symptôme du phrénique dans la grossesse extra-utérine interrompue. — Monats. für Geburt und Gyn., t. LXXXI, n° 12, janvier 1929.
45) IONESCO. — Considérations sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue. — Revue d'Obst. et de Gyn., Puériculture, Bucarest, décembre 1924.
46) MATHIEU et GUIBAL. — La Gynécologie, 1924, p. 476.
47) THOMAS. — A propos du diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine dans les premières semaines. — Soc. de Méd. du Bas-Rhin, 28 octobre 1922.
48) DEVES. — La douleur de l'épaule dans la rupture de la grossesse tubaire. — Zentralbl. für Gyn., 16 sept. 1922, p. 1482-83.
49) LABRY et ROUGIER. — Irradiation douloureuse haute avec syndrome de névralgie phrénique droite, dans les inondations péritonéales, au cours de la grossesse tubaire. Gyn. et Obst., février 1931, p. 23, 104-113.
50) SUREAU. — La douleur scapulaire au cours des inondations péritonéales d'origine utérine ou extra-utérine. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 4 janvier 1932.
51) HLASKS Féliks. — Sur la question des hémorragies imitant une grossesse ectopique rompue. — Gynékologja Polska, t. VII, 1928, p. 1105.
52) LAFFONT et SCHEBAT. — Deux cas de douleurs élevées dans les annexites. — Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., août 1933, p. 351.
53) HOVELACQUE. — Nerfs crâniens et rachidiens, et système grand sympathique. — Doin, Paris, 1927.
54) HABLICEK. — In MONDOR: Diagnostics urgents. L'Abdomen. p. 21.
55) CULLEN. — Bluish discoloration of the ombilicus as a diagnostic signe where ruptured extra-uterine pregnancy exists. — Contribution med. a. biol. Research Delec. to Sir William Osler, July 1919.
56) NOVAK — Bluish discoloration of the umbilicus in the diagnostic of ruptured extra-uterine pregnancy. Journ. of the Am. Med. Assoc., Chicago, 4 mars 1922, p. 643.
57) JACKSON. — Cullen's sign in ectopic pregnancy. — The Journ. of the Am. Med. Assoc., 2 décembre 1922, p. 1929.
58) HELLENDAL. — Un nouveau symptôme d'extra-utérine. — Zentralbl. für Gyn., 25 juin 1921.
59) HOFFSTAETTER. — Le signe de l'ombilic en cas de gestation extra-utérine. — Arch. für Klin. Chir., 1926, p. 61[illegible]
60) FORGUE. — Le signe de l'ombilic, l'ecchymose ombilicale au cours d'une gestation extra-utérine et comme signe d'un hémopéritoine. — Paris Médical, 21 déc. 1929
61) MULLER et OBERLING. — Grossesse ectopique et inondation intra-péritonéale. — Gyn. et Obst., 1931, p. 481.
62) HISKACEK. — Du diagnostic de l'hémorragie intra-péritonéale après rupture de grossesse extra-utérine. — The Am. Journ. of Obst. a. Gyn., June 1923, p. 920.

63) HORWART. — Symptômes de la rupture dans une grossesse ectopique. Zentralbl. für Gyn., 1923, p. 1734.
64) BALARD. — Deux nouvelles acquisitions dans la sémiologie de la grossesse extra-utérine. — Gaz. hedb. des Sc. Méd. de Bordeaux, 27 avril 1924, n° 17, p. 2631.
65) REEB. — Avortements tubaires à évolution ralentie. — Gyn. et Obst., novembre 1932, t. XXVI, n° 5.
66) WEHRUNG (Mlle). — Deux nouveaux cas d'avortement tubaire à évolution ralentie. — Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst., 1933, n° 5, p. 443.
67) LEJARS. — Exploration clinique et diagnostic chirurgical. Masson, éditeur, Paris.
68) DELBET. — Diagnostic d'une rupture de grossesse extra-utérine pour un kyste de l'ovaire tordu. — Journ. des Prat., 22 sept. 1928.
69) CABANIE. — Les hémorragies intra-péritonéales en dehors de la grossesse ectopique. Etat actuel de la question. Thèse de Toulouse, 1924.
70) SIMON. — Spontaneous ovarien haemorrhage with acute abdominal symptoms. — Acta Obst. et Gyn. Scandinavica, vol. VII, fas. 1, 2, 1928.
71) BESANÇON. — Inondation péritonéale et hématocèle en dehors de la grossesse extra-utérine. — Thèse de Paris 1929.
72) Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale non tubaire. — Thèse de Paris, 1929.
73) DREYFUS, LE FOYER et LEJEUNE. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine génitale en dehors de la grossesse extra-utérine et à symptomatologie appendiculaire. — Gyn. et Obst., 1932, p. 104.

Troisième partie

1) DIONIS DU SEJOUR. — Inondation péritonéale au cours d'une grossesse ectopique sans aucun symptôme péritonéal. — La Gynécologie, 1922, t. XXI, p. 737.
2) JEANNENEY et ROSSET-BRESSANT. — Inondations péritonéales de la grossesse extra-utérine sans symptomatologie. — Revue franç. de Gyn. et d'Obst., février 1930, p. 156.
3) BARTHELEMY. — La rupture tubaire silencieuse. — Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst., 1933, n° 1, p. 26.
4) PERAIRE. — Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale s'effectuant par étapes successives. Salpingite hémorragique concomitante. Castration bilatérale. Guérison. — Soc. anat., Paris, févr. 1910.
5) SOLOWIJ et BERTOLINI. — loc. cit.
6) LENORMANT et HARTMANN. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. — Revue de Gyn. et de clin. 1915, n° 4, p. 273.
7) FARRAR Lilian. — The value of the leucocyte count as an aid diagnosis in ectopic gestation. — Surg., Gyn. and Obst., Chicago, nov. 1925, XLI, p. 655.

8) Des CRESSONNIERES J. — L'hyperleucocytose dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue. — Arch. franco-belges de Chir., juillet 1928.
9) IVANOFF. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. — Zentralbl. für Gyn., n° 9, 3 mars 1928.
10) NORRIS. — Ictère dans la grossesse extra-utérine. — Surg., Gyn. a. Obst., juillet 1920, p. 34.
11) BEGOUIN. — Diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utérine. — Revue franç. de Gyn. et d'Obst., févr. 1930.
12) BALARD. — loc. cit.
13) LAFFONT. — cf. bibliographie du signe.
14) METZGER. — Hydrosalpinx simulant une extra-utérine rompue. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1921, n° 5, p. 289.
15) OETTINGEN. — A propos de l'étiologie et de la thérapeutique des grossesses extra-utérines. — Zentralbl. für Gyn., 1922, n° 11, p. 403.
16) CHEVAL. — Un cas de grossesse extra-utérine, avec annexite aigüe de l'autre côté. — Soc. belge de Gyn. et d'Obst., Bull. de la Soc., p. 100, 1921.
17) REYMOND. — Sixième Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. — Toulouse, 1910, 22-27 septembre, in Ann. de Gyn. et d'Obst., octobre 1910, p. 700.
18) JEANNIN. — In Dubrisay et Jeannin. — Accouchements, « Précis de Médecine » ; J. Lamarre, éditeur, Paris.
19) LECENE. — Deux cas rares de grossesse ectopique. — Ann. de Gyn. et d'Obst., juillet 1910, p. 392.
20) MULLER et OBERLING. — Grossesse ectopique et inondation intra-péritonéale. — Gyn. et Obst., 1931, p. 481.
21) STAVRIDES. — Est-il toujours facile de diagnostiquer une grossesse extra-utérine? Gyn. et Obst., 1931, p. 434.
22) VILLAR A. — loc. cit., Deuxième partie.
23) PAQUET. — Rupture de grossesse ectopique marquée par des symptômes d'affection intestinale. — Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., 1921, n° 9, p. 626.
24) ROCHET et LABRY. — Rupture tubaire à type épigastrique. Soc. Nat. de Méd. et Sociétés Méd. de Lyon, in Lyon Méd., 1924, II, p. 287.
25) CHALIER. — Inondation péritonéale par rupture tubaire. Lyon Méd., 25 avril 1922, p. 344.
26) VIOLET. — Grossesse tubaire rompue, compliquée de suppuration péritonéale précoce. — Lyon Méd., juin 1922, p. 477.
27) RICHTER. — loc. cit., Première partie.
28) HOUOT. — loc. cit., Deuxième partie.
29) KEIFFER. — Le placenta myométrial humain. — Lect. du jeudi soir, à la clinique Tarnier, 1929.
30) REEB. — Grossesse gémellaire intra- et extra-utérine. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg, janv. 1924, in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., 1924.
31) FOURNIER. — loc. cit., Première partie.
32) PATEL. — Grossesse extra-utérine itérative. — Soc. de Chri. de Lyon, in Lyon Chir., t. XIX, n° 6, 1922, p. 705.
33) PAUCHOT. — A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante. Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., 1922, n° 7, p. 521.

34) SMITH R. — Résultats éloignés de 192 opérations de grossesse extra-utérine. — Surg., Gyn. a. Obst., juin 1914, t. XIX.
35) KELLER. — Grossesse tubaire récidivante dans la même trompe. — La Gynécologie, 1922, p. 343.
36) LECENE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. — t. III, chez Masson.
37) LENORMANT et HARTMANN. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. — Rev. de Gyn. et de Chir. abd., oct. 1915, n° 4, p. 273.
38) COUVELAIRE et MOUCHOTTE. — Grossesse tubaire faisant corps avec la corne utérine et nécessitant l'hystérectomie. — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1910, p. 269.
39) POLAK. — Considérations of 227 cases of ectopic gestation. Amer. Journ. of Obst., t. XXI, 1925, p. 946.

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction 9

Première Partie

Quelques notions anatomiques sur la trompe utérine 15
Grossesses tubaires en général 18
Etiologie 23
Etude anatomique et pathogénique des grossesses tubaires 27
Statistiques de la clinique 33

Deuxième Partie

Quand se produit la rupture et la grande hémorragie péritonéale 37
Inondation péritonéale « classique », ses symptômes 43
La douleur pelvienne « spontanée ». Sa tendance syncopale 49
Les signes d'anémie aigüe et d'hémorragie interne 60
Les signes du Douglas et les renseignements tirés du toucher vaginal 81
Signe de Laffont 95
Signes complémentaires 107
Renseignements fournis par l'anamnèse 112
L'Inondation péritonéale est le premier signe de grossesse ectopique 116
Diagnostic positif et diagnostic différentiel de l'inondation péritonéale typique 118

Troisième Partie

Formes cliniques 125
Formes silencieuses 126
Formes pseudo-salpingiennes 132
Formes pseudo-abortives 138
Formes pseudo-appendiculaires 143
Formes pseudo-péritonitiques 147
Formes pseudo-occlusives 154
Formes particulières 157
Traitement 169
Conclusions 172
Bibliographie 175